PREMIER CONGRES

DE

L'ASSOCIATION

DES

MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE

DE L'AMERIQUE DU NORD

QUEBEC 1902

Quebec de Levis.



Citadelle. Chateau Frontenac. Université Laval.

PREMIER CONGRES

DE

ASSOCIATION

DES

LANGUE FRANCAISE

RIQUE DU NORD

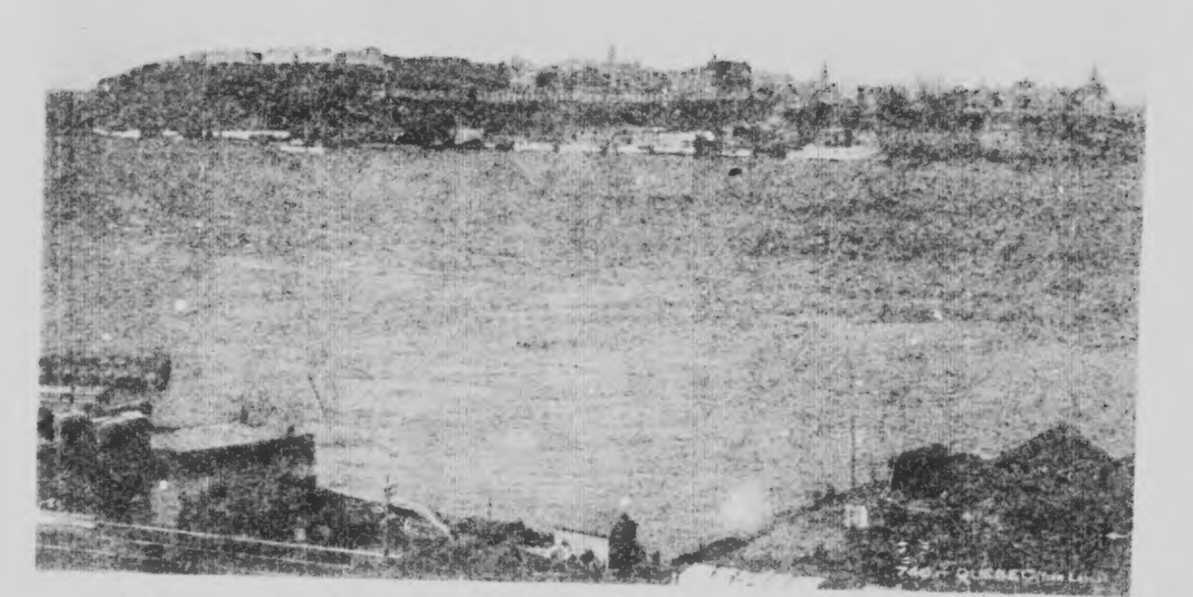
s 25, 26 et 27 Juin 1902

BROCHU

MEMOIRES

DOCT LES DORION

AMM



Citadelle. Chateau Frontenac. Université Laval.

PREMIER CONGRES

DE

L'ASSOCIATION

DES

MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE

DE L'AMERIQUE DU NORD

Tenu a QUEBEC, les 25, 26 et 27 Juin 1902

SOUS LA PRÉSIDENCE DU

Dr M. D. BROCHU

PROFESSEUR
À L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUEBEC



TEXTE DES MEMOIRES

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION

DU

DOCTEUR F-X. JULES DORION



QUEBEC
J.-A. K.-LAFLAMME
IMPRIMEUR
1903



INTRODUCTION

Le 25 juin 1902, jour de fête nationale, s'ouvrait à Québec, la vieille capitale historique du Canada-français, un congrès général des médecins franco-américains.

Ce congrès était la première manifestation officielle d'une association internationale dont on venait à peine d'asseoir les dernières bases, et destinée, dans l'esprit de ses fondateurs, à rallier sur un terrain d'intérêt commun, les divers groupes de médecins de langue française de l'Amérique du Nord, la plupart canadiens-français d'origine.

Ce sont les travaux soumis aux délibérations de ce Congrès que le Comité d'organisation a cru devoir réunir pour en faire la matière de ce volume, convaincu qu'une telle publication servirait à mieux commémorer un événement remarquable dans nos annales et qui a semblé devoir ouvrir une ère pleine de promesses pour l'avenir de notre profession médicale française en Amérique. Le Comité avait d'ailleurs le devoir de s'acquitter d'une obligation contractée envers les adhérents de ce Congrès ; et il est heureux de leur renouveler, à cette occasion, l'hommage de sa plus sincère reconnaissance pour le concours zélé qu'il en a reçu et qui a fait couronner d'un éclatant succès la tâche délicate dont il avait accepté la responsabilité.

Tous seront heureux, nous n'en doutons pas, de relire ces travaux, dont la plupart des auteurs en étaient à leur premier essai dans la contribution à l'œuvre des congrès scientifiques. Nous entretenons aussi la confiance que ce recueil de travaux,

qui ne saurait manquer d'intérêt pour l'ensemble des praticiens, méritera d'occuper une place d'honneur dans la bibliothèque de tout médecin canadien-français.

Mais comme le compte-rendu de ces travaux devra servir, en même temps, de document pour écrire l'histoire de notre jeune profession médicale, au Canada, il nous a paru utile d'ajouter, comme introduction à ce volume, quelques renseignements sur les origines, la raison d'être et le but de cette Association, dont le Congrès de Québec aura été la première sanction.

Nous avons cru qu'il conviendrait également de mettre, sous les yeux des lecteurs, quelques notes sur la grande démonstration nationale et les fêtes universitaires auxquelles ce congrès a été associé, afin de faire mieux ressortir, pour les générations futures, l'esprit dont les fondateurs de cette Association se sont inspirés, et les traditions sur lesquelles ils ont voulu l'appuyer, dès son début, pour répondre aux aspirations les plus intimes des médecins franco-américains.

L'Association internationale des médecins de langue française de l'Amérique du Nord a été comme le couronnement de ce mouvement d'organisation professionnelle dont le point de départ avait été marqué par un réveil de l'esprit du progrès scientifique et du sentiment de la solidarité nationale, parmi tous les médecins canadiens-français de la province de Québec.

Ce mouvement avait déjà eu pour préliminaires la fondation de sociétés d'études médicales dans les deux principaux centres de la population française au Canada : dans la ville de Québec, siège de la première université française en Amérique (1) et dans la ville de Montréal, la métropole commerciale, qui, à côté de l'université anglaise la plus renom-

(1) L'Université Laval.

mée du pays, possède une succursale également florissante de cette même Université Laval de Québec.

De ces deux centres, seuls dotés des institutions du haut enseignement français–universitaire et hospitalier, ce mouvement s'était étendu assez rapidement aux principaux districts ruraux, où il avait produit les résultats les plus heureux parmi la masse des praticiens, tant au point de vue de l'émulation qu'il a fait naître pour l'avancement scientifique que des bonnes relations de confraternité et de l'influence sociale du médecin.

Ce premier ralliement dans les sociétés d'études n'avait pas manqué de faire ressortir davantage pour les médecins français, le besoin de nouvelles revues médicales, publiées dans leur langue, lesquelles, tout en servant d'organe à ces sociétés, pour promouvoir les intérêts de la science, pourraient offrir aux praticiens, disséminés au milieu des populations hétérogènes, des moyens plus faciles d'échanger leurs vues, de s'attacher au culte des mêmes traditions, et de rendre plus étroits les liens de la solidarité sur le terrain des intérêts professionnels comme sur celui de la haute éducation.

Il ne sera pas inopportun de rappeler, ici, que les seules associations scientifiques offertes aux médecins de notre origine, jusqu'à ces dernières années, se recrutaient presque exclusivement parmi les médecins de langue anglaise. Toutefois, quelle que soit la valeur que l'on ne saurait s'empêcher de reconnaitre à ces associations, il n'en est pas moins vrai de dire que la différence de langage établit, pour la minorité, une condition peu favorable pour tirer profit des délibérations de ces assemblées, et cette condition impose nécessairement, au plus grand nombre, une gêne et une contrainte propres à diminuer pour les praticiens l'attrait et l'intérêt pratique, principaux stimulants du goût pour les études et les travaux scientifiques.

Telle est la raison la plus plausible par laquelle on peut expliquer l'abstention des nôtres et le rôle effacé qu'ils ont joué jusqu'ici dans les associations scientifiques de notre jeune pays. Et c'est précisément cette même condition qui avait servi à faire germer dès longtemps dans l'esprit d'un grand nombre, l'idée de fonder, pour le profit des médecins d'origine française sur ce continent, des associations distinctes, mieux adaptées à leur état d'esprit et à leur éducation, ayant leur caractère propre, et dans lesquelles rien n'entraverait la libre expansion du savoir et du talent.

Le 25 juin 1900, la Société médicale de Québec, qui par le moyen de son organe, le *Bulletin Médical*, s'était donné pour mission de travailler à promouvoir la fondation des sociétés d'études dans les districts les plus importants de la province, profitait du jour de la fête patronale des canadiens-français, pour convoquer les principaux membres du corps médical français à une convention d'intérêts scientifiques et professionnels.

Le programme de cette convention devait être de rechercher les moyens les plus propres à favoriser les progrès de la science parmi tous les praticiens, la plupart éloignés des grands centres, et de soumettre à l'étude certaines questions d'une importance vitale pour l'avenir de la profession médicale française en Amérique.

Cent cinquante médecins répondirent à cet appel, et apportèrent le zèle le plus louable et le plus vif intérêt à l'examen et à la solution des questions qui leur furent soumises. La bonne entente, la sympathie la plus cordiale, l'enthousiasme même que l'on vit se manifester parmi tous les assistants, témoignèrent hautement que les idées et les projets pouvant servir à promouvoir le développement de l'éducation scientifique et à resserrer

les liens de la confraternité, trouvent un écho facile et généreux chez tous nos médecins canadiens-français.

L'exemple de ce premier ralliement, bien propre, en réalité, à inspirer la plus grande confiance en l'avenir, ne manqua pas de faire naître dans l'esprit de ses promoteurs des aspirations encore plus élevées. Tous eurent à cœur de grouper les énergies pour les faire converger vers un but, plus louable et plus légitime qui fût : celui de mettre en meilleur relief la valeur de notre éducation, et d'ajouter plus de force et de cohésion à la profession médicale franco-américaine, afin de lui permettre de s'affirmer comme corps distinct, tel qu'il convient dans ces pays de population mixte, et de prendre son rang à côté des autres nationalités dans l'arène du progrès intellectuel.

Aussi, pour mieux couronner l'œuvre de cette convention dont le succès avait dépassé les meilleures attentes, tous éprouvèrent-ils le besoin, avant de se séparer, de faire un pas de plus, pour combler une lacune depuis longtemps ressentie.

Une proposition fut soumise, séance tenante, à la considération de l'assemblée à l'effet de jeter les bases d'une association générale des médecins de langue française non seulement des différentes provinces du Dominion du Canada, mais de toute l'Amérique du Nord, également : l'auteur de la proposition (1) faisant remarquer, pour justifier un titre aussi vaste, que, dans cette œuvre de ralliement professionnel et de concentration nationale, il ne fallait pas oublier un nombre important de médecins de notre origine, répandus dans les centres de la grande République voisine, où l'immigration des nôtres s'est implantée d'une manière durable, depuis plusieurs années, et où des groupes nombreux d'une population toujours restée française s'y développent comme dans une seconde patrie. Ces médecins, la plupart diplomés de nos universités, et qui conservent toujours

(1) Le Dr D. Brochu, professeur à l'Université de Québec.

vivace dans leur cœur le souvenir de la patrie canadienne, se plaisent à continuer la chaîne des traditions scientifiques et les relations de cordiale intimité qui les unissaient à leurs confrères du Canada, au beau temps de leurs études. Il ne fallait pas oublier non plus,un autre groupe de médecins d'origine francaise dans cette province-sœur des Etats-Unis, la Louisiane, qui tiennent encore à l'âme française par plus d'un noeud et dont la langue et l'éducation, puisée aux mêmes sources, semblent devoir établir entre nous, malgré la distance du territoire, une sympathie et une solidarité que nous aimerions à rendre de plus en plus étroites, dans l'avenir.

On pouvait se flatter de l'espoir, également, qu'un tel mouvement qui, en dehors de son but strictement scientifique, aura nécessairement pour effet de favoriser l'expansion de l'idée française en Amérique, ne manquerait pas d'être hautement apprécié par nos confrères de la vieille France et nous mériterait, de la part des maîtres de la science française, de précieux encouragements. Tous, doivent avoir l'orgueil de leur race, et nul ne saurait rester indifférent à cette œuvre de ralliement ni au perfectionnement de l'éducation de la jeune famille médicale franco-américaine dont les divers groupes, disséminés sur la surface de ce vaste continent, ne cessent de lutter avec persévérance pour conserver la langue et les nobles traditions de leur commune mère-patrie.

Le but fondamental de cette Association serait surtout d'organiser des congrès périodiques de médecine, dans les principaux centres français du Canada et des Etats-Unis. Il devait s'étendre, en outre, à un autre objet : celui d'encourager et de promouvoir l'organisation des sociétés médicales dans tous les districts où peuvent se rencontrer des groupes de médecins zélés pour l'étude et ayant à cœur le prestige et l'avancement de leur profession.

Ces deux objectifs apparaissaient comme corollaires l'un de l'autre dans le principe. En effet, cette Association générale devenait comme un centre de fédération pour les sociétés d'études régionales : et si par le moyen de ses congrès auxquels elle conviera périodiquement ses membres, elle ne pouvait manquer d'avoir pour résultat d'imprimer à ces sociétés une plus forte impulsion dans la culture scientifique, elle aurait l'avantage en retour, d'en retirer une partie de sa force et de sa vitalité.

On ne pouvait s'empêcher, à la vérité, de s'arrêter à la considération que, dans ces pays cosmopolites, tels que le Canada et les Etat-Unis, où l'élément français, si l'on excepte la Province de Québec, se trouve partout dans une infime minorité, la position qu'occupent les médecins de notre langue est des plus défavorables au point de vue du groupement dans les sociétés d'études et de la concurrence scientifique.

Le promoteur du projet n'hésitait pas cependant à soumettre cette proposition et il se plaisait à affirmer que devant un auditoire rassemblé dans le but de rechercher les meilleurs moyens de promouvoir les intérêts supérieurs de notre profession, il n'etait pas besoin d'appuyer pour démontrer l'utilité de ces sociétés d'études et des congrès : il est bien reconnu que ce sont là les deux plus puissants leviers pour favoriser le goût du travail, l'émulation pour l'avancement scientifique et arriver à maintenir le niveau de l'éducation professionnelle à la hauteur de tous les progrès.

Ce projet parut conforme aux désirs de tous : aussi fut-il chaleureusement applaudi et accepté à l'unanimité par l'assemblée.

Pour lui donner immédiatement une forme tangible, un comité composé des principaux représentants des sociétés médicales de Québec et de Montréal, fut choisi, séance tenante, pour en étudier tous les détails et élaborer la constitution de la nouvelle

association ; il fut également stipulé que le même comité aurait la tâche de mettre le tout à exécution pour l'année 1902, en organisant le premier congrès de cette association.

Le Comité qui avait accepté ce rôle délicat, crut opportun, tout d'abord, de soumettre ce projet à tous les membres de la profession médicale française ; il leur adresse une lettre circulaire dans laquelle il synthétisait les motifs de leur adhésion dans les trois propositions suivantes, pour chacune desquelles il sollicitait en même temps une réponse.

1° "N'avons-nous pas eu à regretter, dans le passé, d'avoir été privés de la considération que nous aurions pu acquérir en nous unissant dans le travail et en nous mettant plus en évidence comme corps professionnels" ?

2° "Le temps n'est-il pas venu pour la profession médicale franco-américaine de s'affirmer et de tenter de faire sa marque dans le mouvement scientifique, afin d'être mieux jugée à son mérite dans l'avenir ?"

3° "Et n'est-ce pas par le moyen d'une association distincte et autonome, qui sera pour tous un centre d'unité et d'action favorable à l'essor des études et au relèvement du niveau de l'éducation professionnelle, que cette ambition légime et patriotique pourra être réalisée le plus sûrement et avec plus de profit pour tous."

Le Comité ne se faisait pas d'illusion sur la difficulté de la tâche: aussi croyait-il devoir faire appel au patriotisme et au sentiment national des médecins français pour stimuler leur zèle et réveiller les énergies lateutes parmi la masse. Il représentait que le vieil axiome "l'Union fait la force" adopté par nos pères, au temps des grandes luttes pour la conquête de nos privilèges et de nos libertés, ne pouvait manquer de trouver une égale application sur le terrain professionnel comme sur le terrain politi-

que : tous devaient s'inspirer de l'esprit de cette autre devise qui servit à rallier, dans une action commune, les intelligences d'élite et les cœurs généreux qui ont élaboré les conditions de notre avenir national et ont le plus contribué à notre sauvegarde et à notre affermissement comme peuple : "Nos institutions, notre langue et nos lois."

Le Comité ajoutait, pour terminer cette lettre-circulaire, qu'en unissant ainsi tous nos efforts pour travailler, de concert, au succès d'une œuvre qui se rattachait non seulement à l'intérêt général et supérieur de notre profession médicale, mais également à l'avenir de la race française en Amérique, nous aurions bien mérité de notre profession, de la science et la patrie."

Tout en faisant cet appel au sentiment national, et de peur de réveiller certaines susceptibilités dans plus d'un milieu, le Comité croyait devoir se défendre de vouloir rétrécir les horizons ouverts aux intelligences dans le champ si vaste de la science, et il répondait d'avance au reproche d'un nationalisme exagéré par les considérations suivantes : "La science n'a pas de patrie, comme on l'a dit avec raison ; elle ne doit pas être limitée aux frontières d'un pays ; mais il faut bien l'admettre, la langue qui en est l'expression, établit une grande différence, pour la facilité de sa diffusion, pour le travail des études journalières, et surtout, pour le profit que la masse des praticiens peut retirer de ses manifestations les plus larges au sein des congrès. Voilà pourquoi cette nouvelle Association des médecins de langue française aura sa raison d'être. Elle sera loin cependant de constituer une menace de rompre l'harmonie que nous aimerons toujours conserver avec nos confrères de langue anglaise, non plus qu'une scission qui nous aura été inspirée par un sentiment de pur nationalisme ; elle ne sera que l'expression légitime d'une nécsssité depuis longtemps ressent[illegible] [illegible]r assurer le développe-

ment de notre éducation scientifique. Nous avons la confiance, au contraire, qu'une telle association, travaillant dans un même but, sera plutôt l'occasion de manifestations d'égards réciproques entre les associations identiques, de nationalités différentes, et qu'il n'y aura d'autres sujets de lutte ou de rivalité dans les œuvres qu'elles poursuivent que l'émulation pour l'avancement scientifique et le bien de l'humanité souffrante. N'est-ce pas là l'objet commun qui doit rapprocher tous ceux qui ont embrassé la noble profession de la Médecine ?

Le projet, ainsi soumis à la sanction de l'opinion générale, fut accueilli partout de la manière la plus favorable. Le Comité reçut de ferventes adhésions du plus grand nombre des médecins français du Canada et des Etats-Unis : tous furent unanimes à approuver l'opportunité d'un pareil mouvement et à exalter le but de l'association comme le plus conforme à leurs aspirations et répondant à une nécessité depuis longtemps ressentie.

Les circonstances semblaient, d'ailleurs, s'y prêter admirablement à la réalisation d'un tel projet et laissaient entrevoir les auspices les plus favorables pour l'inauguration du premier Congrès de la nouvelle Association.

Nous étions arrivés comme à un tournant de notre histoire, au point de vue du développement de la haute éducation et de notre affermissement comme nationalité distincte : une étape, la plus importante venait d'être parcourue, et marquait, avec le commencement du siècle nouveau, la transition vers une phase pleine de promesses pour les destinées de notre race canadienne française, sur ce continent.

Deux dates mémorables dans nos annales se présentaient qui devaient permettre à notre vieille cité de Québec, berceau de notre origine, et à tous les descendants de cette première co-

lonie française de commémorer par des fête-jubilaires, d'un éclat sans précédent, la fondation des deux institutions qui ont le plus contribué à notre sauvegarde et à notre affermissement comme peuple : de l'Université Laval, notre *Alma Mater* vénérée, et de cette société nationale au but si patriotique, la Société St-Jean-Baptiste de Québec.

Les médecins canadiens-français ont eu le sentiment que, dans telles circonstances, le devoir social imposait aux différents corps professionnels de prendre de généreuses initiatives, pour coopérer d'une manière plus ouverte, chacun dans leur sphère, à la mission éminemment patriotique de ces deux nobles institutions ; chacun devant apporter sa pierre à l'édifice et sa part de labeurs pour lui donner son dernier couronnement.

C'est pourquoi il fut décidé sur le champ, et d'un commun accord, dans cette même assemblée, que le premier congrès de cette Association devrait avoir lieu en 1902, à la date des fêtes jubilaires de l'Université Laval, à Québec même, le siège de fondation de cette Université et la vieille capitale de cette province que l'on se plaît encore à désigner sous le nom "Nouvelle-France".

Comme le faisait observer l'auteur de cette proposition (1) les médecins canadiens-français devraient avoir particulièrement à cœur de profiter de cette heureuse circonstance pour offrir un témoignage public de sympathie et de reconnaissance bien méritée à cette grande institution envers laquelle nous sommes redevables, pour la plupart, des bienfaits de la haute éducation, et qui a mérité d'être désignée comme l'un des plus solide remparts de notre nationalité ; et telle devrait être leur ambition qu'ils unissent tous leurs efforts dans une même coopération, pour donner une preuve tangible, aux yeux de tous, de l'influence que ce foyer lumineux

(1) M. le Dr R. Paquin, membre de la Société Médicale de Québec.

des lettres et de la science française au Canada, a exercé sur le mouvement intellectuel de notre pays, depuis les cinquante ans de sa fondation.

La date de réunion de ce congrès se trouvait coïncider également avec la fête patronale des Canadiens-Français que l'on se proposait de célébrer, cette même année, avec une solennité inaccoutumée. Le Comité nourrissait l'espoir que les médecins de langue francaise de l'Amérique du Nord, ne seraient pas insensibles à cet autre motif de répondre à son appel.

Ils pourraient, à cette occasion, en même temps que faire œuvre scientifique, affirmer et fortifier leur foi patriotique qui, pour tous, s'identifie avec la conservation du "doux Parler Français."

Cette Association se rattachait, d'ailleurs, d'assez près, par son but fondamental, à l'œuvre de formation intellectuelle que réalisent nos universités et, par un rapport plus éloigné, il est vrai, à l'œuvre de nos sociétés nationales. Elle semblait destinée en effet à poursuivre sur le terrain scientifique et professionnel une oeuvre corollaire de celle des sociétés nationales sur le terrain social et politique et de nos institutions du haut enseignement dans le domaine intellectuel : celle d'apporter sa part d'influence pour consolider l'unité de la nationalité canadienne-française et raffermir ses destinées, en conservant la langue et l'expansion de l'idée française sur ce continent.

Le projet, ainsi élaboré dans son sens le plus large, ne manqua pas d'être accepté avec faveur par tous ceux que préocupent l'organisation de nos forces nationales, et la conservation de l'influence française, en Amérique. Le Comité reçut les témoignages d'appréciation les plus flatteurs d'hommes les plus distingués en dehors de la profession médicale et même des représentants es plus autorisés de la science, dans notre ancienne mère patrie.

La presse canadienne-française de notre pays se montra particulièrement zélée pour promouvoir l'idée de ce grand ralliement international.

L'un des organes les plus acrédités de l'opinion publique, "le Soleil," donnait à la formation de cette Association et à la réunion de son premier congrès, dans la ville de Québec, l'importance d'un grand évenement politique pour notre nationalité. Et comme l'appréciation de ce grand journal nous paraît traduire, le plus justement, le sentiment général, nous croyons intéresser les lecteurs de ce volume en reproduisant textuellement, pour terminer cette préface, les observations qu'il ajoutait en faisant part à ses lecteurs du lieu et de la date de ce premier congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord :

"Nous sommes heureux de mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs les perspectives d'une nouvelle organisation du plus grand intérêt, qui se prépare dans les sphères de la haute éducation, ainsi que d'une série de fêtes particulièrement remarquables dont notre ville sera le théâtre en 1902."

"Depuis quelques années déjà, notre vieille cité de Champlain, cette capitale de plus en plus appréciée de la province restée la plus française sur ce continent, malgré une séparation de plus d'un siècle d'avec la mère-patrie et une allégeance pleine de loyauté à la couronne d'Angleterre, a eu le privilège d'être choisie comme un lieu favori pour les conventions de nombreuses associations politiques, littéraires, scientifiques, venant non seulement des provinces-sœurs mais des centres les plus importants de la grande République voisine."

"Comme citoyens de Québec, nous ne saurions nous empêcher de rappeler avec orgueil, encore aujourd'hui, les deux grandes conférences diplomatiques, qui fixèrent le plus l'attention sur notre province, sur notre ville en particulier : la Con-

férence Interprovinciale, et la Commission Internationale de l'Angleterre et des Etats-Unis, durant lesquelles on vit rassemblés alternativement dans nos murs, les représentants les plus autorisés des provinces confédérées du Dominion, puis ceux des deux grandes puissances dont nous sommes les plus rapprochés, afin de discuter des questions épineuses qui intéressaient notre avenir politique et les conditions de l'équilibre international avec nos puissants voisins".

"Ajoutons que, dans ces deux mémorables conférences, le peuple de la province de Québec avait la satisfaction de voir figurer au premier rang et comme l'âme de ces aréopages, les deux chefs politiques canadiens-français qui ont fait le plus d'honneur à notre race et dont toute la carrière administrative a particulièrement servi à relever aux yeux des peuples étrangers le prestige et la valeur de notre nationalité."

"Rappelons, en premier lieu, le nom de feu Honoré Mercier, le chef le plus patriotique de notre politique provinciale, qui ne rêvait rien tant que de voir briller et exalter le nom de sa chère province et dont les aspirations et tous les grands projets convergeaient vers le but légitime et patriotique de consolider l'unité de la race canadienne-française en Amérique ; et cela tout en respectant les liens politiques qui nous unissent à la Grande-Bretagne, notre mère-patrie d'adoption.

"Citons en second lieu, ce canadien éminent entre tous, Sir Wilfrid Laurier, qui préside aujourd'hui avec tant de tact et de bonheur aux destinées de la Confédération du Canada, la plus importante des colonies de l'Empire Britannique. Nul homme d'Etat par ses brillantes qualités n'a jeté un aussi vif éclat sur le nom canadien-français, même aux yeux des principaux pays d'Europe."

"Québec doit, pour une bonne part, à son triple cachet de ville historique, de place militaire et de site pittoresque, l'avan

tage d'exciter l'attraction et l'intérêt des étrangers instruits ; et l'on reconnait, de plus en plus, que le mouvement général d'orientation dont cette ville, remarquable par son originalité, a été ainsi favorisée, n'a pas été sans réveiller, parmi nous, un essor inaccoutumé vers le progrès, dans toutes les sphères de notre activité : commerciale, industrielle, comme politique et intellectuelle."

"Parmi les nombreuses conventions dont notre ville a été le théâtre recherché, durant cette dernière année, et qui permettent d'espérer les plus heureux résultats pour notre avenir, nous nous plaisons à rappeler de nouveau à l'attention publique la convention des médecins du district de Québec, réunis ici, sous l'invitation de la Société Médicale de cette ville, en commémoration de la quatrième année de son existence, et de la première de la fondation du journal de médecine qui lui sert d'organe, le "Bulletin Médical de Québec.".

"Le programme de cette convention, toute régionale, était cependant le plus large et le plus patriotique. A part les sujets d'intérêt scientifique, les plus d'actualité, deux questions du plus haut intérêt professionnel avaient été inscrites sur ce programme :

1° La question d'une réciprocité interprovinciale des diplômes universitaires et de la licence, pour la pratique libre de la médecine dans l'une ou l'autre des provinces du Dominion

2° La question d'une organisation générale de la profession franco-américaine de manière à en rapprocher les divers groupes, et à leur assurer un rôle d'ensemble plus ouvert et plus prépondérant, pour la protection de leurs intérêts communs.

"Comme couronnement des travaux de cette convention, qui fera certainement époque dans les annales de la médecine de notre province, le Dr. D. Brochu, Professeur à l'Université

Laval, se faisant l'interprête de ses collègues de la Société Médicale de Québec, soumit à la considération de l'assemblée une proposition tendant à jeter les bases d'une association médicale qui devait s'étendre à tous les médecins de langue française, non seulement du Dominion du Canada, mais de l'Amérique du Nord également."

"Cette association internationale serait destinée à combler une lacune depuis longtemps ressentie, en offrant à tous les praticiens français un centre d'unité et de ralliement favorable à l'essor dans les études, aux progrèsde la science, et, de plus, à l'expansion de l'influence française sur ce continent."

" Il nous fait plaisir d'ajouter que notre vieille cité de Québec, d'où cette heureuse inspiration était partie, fut tout naturellement choisie pour être le siège du futur premier congrès de cette association internationale : privilège qui lui était d'ailleurs assuré, à plusieurs autres titres : tant par le fait qu'elle a été le berceau de notre nationalité, qu'elle reste encore la ville la plus riche en souvenirs de notre histoire, que parcequ'elle a été le foyer d'origine de la première université française, fondée sur cette terre que nos ancêtres ont ouverte à la civilisation. "

Telles ont été les conditions d'origine, la raison d'être et le but de cette Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, dont le Congrès de Québec a marqué l'entrée en scène et servi à attester la vitalité.

Pour terminer, il nous reste à offrir le témoignage de notre plus sincère reconnaissance à tous ceux qui de près ou de loin ont bien voulu s'associer à cette oeuvre et nous prêter leur concours pour en fixer les premières bases et la mener à bonne fin: aux distingués Présidents d'honneur, MM. les docteurs Rottot L. A. Simard, R. Craig, Campbell ; aux Présidents des sections : Drs. E. Lachapelle, M. Ahern, O. Demers et C. Prévost,

dont le concours nous a été le plus précienx ; aux deux secrétaires généraux, MM. les Drs A. Simard et J. E. Lesage, qui ont eu à accomplir l'une des tâches les plus laborieuses pour l'organisation générale ; aux Secrétaires des Sections dont le travail a servi à préparer les séances ; à M. le Dr Marois, qui dans la charge de Trésorier général, a su par son habileté, subvenir à toutes les exigences d'une organisation aussi complexe, tout en réalisant un succès au point de vue financier ; à tous les membres des différents Comités d'Organisation et de Réception dont le zèle infatigable et le dévouement ont contribué pour une si large part au succès du Congrès.

Tous devront une obligation spéciale à M. le Dr F. X. Dorion qui a bien voulu se charger de la tâche onéreuse de voir à la publication du compte rendu des fêtes du Congrès, et du texte des mémoires soumis aux délibérations.

Je ne serai que l'interprête des sentiments de tous les membres de ce Congrès en offrant, ici, l'hommage de notre plus sincère reconnaissance aux autorités de l'Université Laval, à Mgr O. Mathieu en particulier, qui a accepté si gracieusement d'associer notre Congrès aux fêtes jubilaires de l'Université Laval dont il était le Recteur, et qui a mis si généreusement à notre disposition les vastes salles de cette Université pour la tenue de nos séances. Nous garderons toujours le meilleur souvenir de l'accueil sympathique qu'il nous a fait en cette circonstance, et du haut encouragement qu'il n'a cessé de prodiguer à l'œuvre de nos sociétés médicales dans laquelle il s'est toujours plu à reconnaître une oeuvre corollaire de celle de la grande institution qu'il préside avec tant d'honneur.

Nous devons également un hommage de notre plus profonde gratitude à l'honorable M. Turgeon, ministre de l'Instruction publique, qui a bien voulu venir présider l'ouverture de notre Congrès et en rehausser l'éclat par sa présence. Tous resteront

longtemps pénétrés des accents si éloquents et émus qu'il a su trouver pour saluer la naissance de la nouvelle association et démontrer qu'elle était appelée, à raison de son vaste programme et de son caractère à la fois scientifique et national à déterminer un courant des plus progressifs parmi les jeunes générations qui vont suivre et ajouter ainsi un nouvel élément de force et de vitalité à notre nationalité canadienne-française, sur cette terre d'Amérique.

Dr D. BROCHU

Président.



'il a su
n et dé-
ramme
létermi-
s géné-
nent de
ise, sur

nt.



Docteur D. BROCHU

Professeur à l'Université Laval de Québec, Officier de l'Instruction Publique de France, Membre de la Société de Médecine Thérapeutique de Paris, 1er Président et fondateur de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

...MENTS RELATIFS A L'ORGANISATION DU CONGRES

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Présidents d'honneur

... Université Laval, Montréal.

... Université McGill

... Université Bishop

Président

Prof. ...

Vice-Présidents

... LACHAPELLE, Montréal

... Ottawa

Généraux

Dr LESAGE, M...

... ÉROUX, Montréal

... Montréal, M. le Dr ...

... de Chicoutimi, ...

... de Sherbrooke, ...

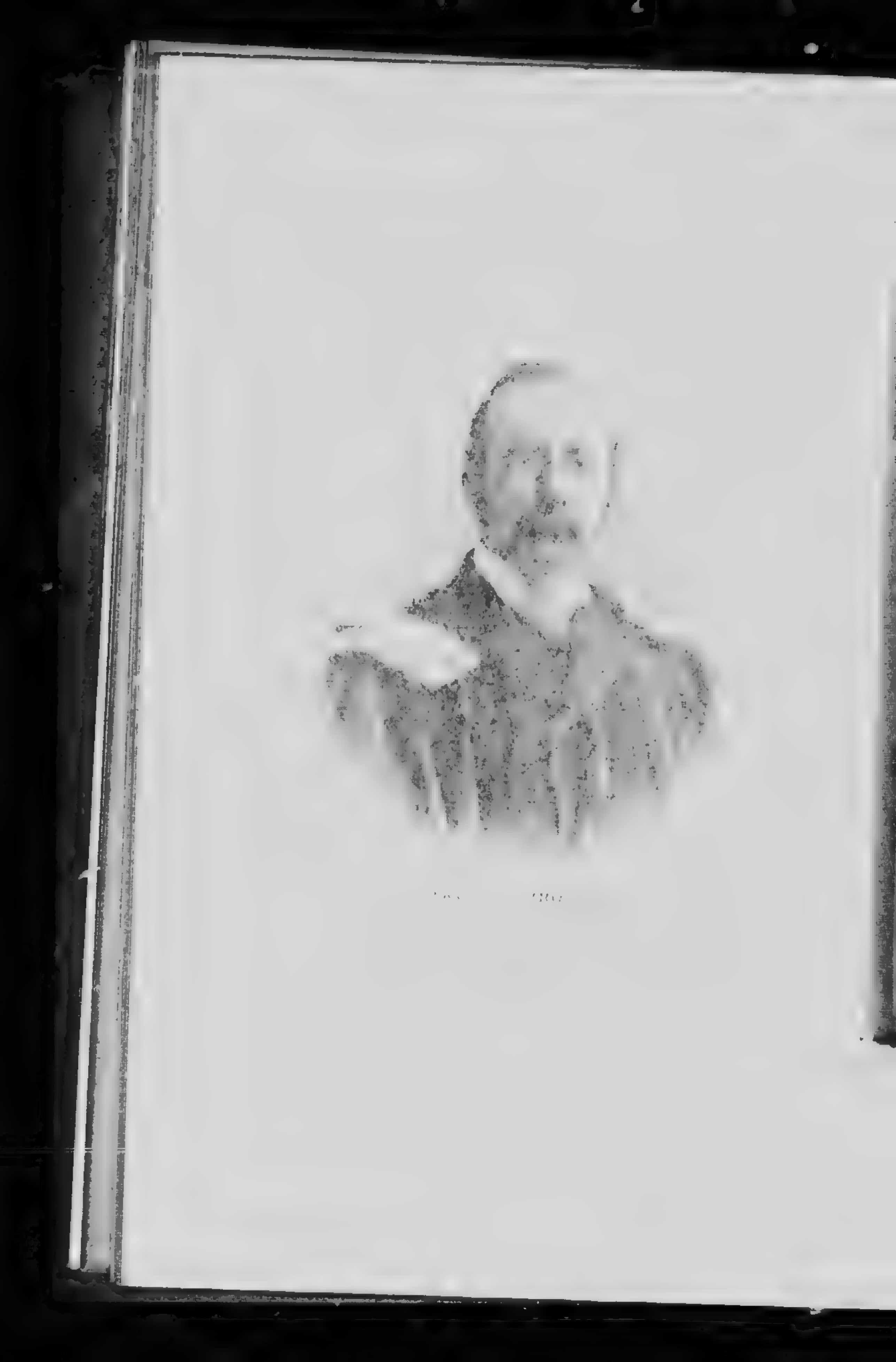
... Woonsocket, R.-I. ...

... Delisle, Lowell, Mass., E.-U. ...

... E.-U.; M. le Dr Fontaine ...

... Miranda, Woonsocket, R.-I. ...

... ville, Me., E.-U.; M. le Dr ...



DOCUMENTS RELATIFS A L'ORGANISATION DU CONGRES

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Présidents d'Honneur

Dr. ROTTOT, doyen de l'Université Laval, Montréal,
Dr. L. J. A. SIMARD, doyen de l'Université Laval, Québec,
Dr. R. CRAIK, Université McGill,
Dr. CAMPBELL, Université Bishop.

Président

Prof. BROCHU.

Vice-Présidents

Prof. E. P. LACHAPELLE, Montréal,
Dr. ARCHAMBAULT, Cohoes, E.-U.,
Dr. C. PRÉVOST, Ottawa.

Secrétaires-Généraux

Dr. SIMARD, Québec, Dr. LESAGE, Montréal.

Trésoriers

Dr. MAROIS, Québec, Dr. CLÉROUX, Montréal.

Bureau de Direction

M. le Dr. Marien, Soc. Médicale de Montréal ; M. le Dr. R. Paquin, Soc. Méd. de Québec ; M. le Dr. S. Gauthier, Soc. Méd. de St-Hyacinthe ; M. le Dr. Beauchamp, Soc. Méd. de Chicoutimi ; M. le Dr. Boulanger, Soc. Méd. de Charlevoix ; M. le Dr. Langlais, Soc. Méd. de Témiscouata ; M. le Dr. Normand, Soc. Méd. de Trois-Rivières ; M. le Dr. Camirand, Soc. Méd. de Sherbrooke ; M. le Dr. Pagé, Soc. Méd. de Shefford ; M. le Dr. Moreau, Soc. Méd. de Montmagny ; M. le Dr. Rousseau, Soc. Méd. de Portneuf; M. le Dr. Barry, Montréal ; M. le Dr. Jules Prévost, St.-Jérôme ; M. le Dr. Choquette, St-Hilaire ; M. le Dr. Fortier, Ste-Marie, Beauce ; M. le Dr. Belliveau, Shediac, N.-B. ; M. le Dr. E. Gaudet, St-Joseph, N.-B. ; M. le Dr. Comeau, Caraquet, N.-B. ; M. le Dr. A. A. Leblanc, Arichat, N.-E. ; M. le Dr. O. LaRue, Putnam, Conn., E.-U. ; M. le Dr. Collet, Fall-River Mass., E.-U. ; M. le Dr. Normandin, New-Bedford, Mass., E.-U. ; M. le Dr. Petit, Nashua, N.-H., E.-U. ; M. le Dr. Baribault, New Haven, Conn., E.-U. ; M. le Dr. Hills, Woonsocket, R.-I., E.-U. ; M. le Dr. Ma-[illegible], Holyoke, Mass., E.-U.; M. le Dr. Bellerose, Rutland, Vt., E.-U. ; M. le Dr. Delisle, Lowell, Mass., E.-U. ; M. le Dr. Laliberté, Minneapolis, E.-U. ; M. le Dr. Fontaine, Worcester, Mass., E.-U. ; M. le Dr. Maranda Woonsocket, R.-I., E.-U. ; M. le Dr. Fortier, Waterville, Me., E.-U. ; M. le Dr. Bissonnette, St-Esprit

CIRCULAIRE DE CONVOCATION

Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE:

Le premier Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord tiendra ses séances à Québec, les 25, 26 et 27 juin prochain.

C'est pour la première fois, depuis sa fondation, que notre Société s'affirmera officiellement, et nous espérons que pour la réussite de cette fête, qui doit assurer son développement et son avenir, votre concours éclairé ne nous fera pas défaut.

Vous connaissez déjà le projet de ce congrès, les motifs qui nous l'ont fait concevoir, le soin que nous apportons à le réaliser. Nous ne voulons donc que vous marquer aujourd'hui la date de nos réunions, et vous inviter à y prendre part. Les nombreuses et enthousiastes adhésions au projet d'Association, reçues de toutes parts, nous permettent de croire que vous nous ferez l'honneur de vous rendre à notre appel.

Vous voudrez bien vous rappeler que dans ce congrès seront étudiées et discutées des questions qui intéressent au plus haut point la profession médicale. L'importance de ces questions n'échappe pas à votre attention, et vous tiendrez à nous apporter, ici, le concours de vos lumières et de votre expérience personnelle. Les médecins ne peuvent que gagner à s'unir sur le terrain commun où les place naturellement l'intérêt général et supérieur de leur profession. Aussi, nous ne doutons pas qu'à l'occasion du congrès prochain, ne s'établissent, entre les différents groupes de médecins de langue française disséminés au milieu de populations souvent hostiles à leur langue et à leurs aspirations, des relations plus étroites qui assureront parmi nous de réels progrès.

Au reste, le congrès auquel nous vous convions aura un caractère scientifique qui justifie toutes nos démarches. Les nombreux travaux déjà reçus et annoncés ne laissent aucun doute à ce sujet.

La science médicale, comme toutes les autres sciences, se perfectionne tous les jours et nous devons prendre notre part, si modeste

qu'elle soit, à cette œuvre de lente élaboration. On sait le rôle que jouent les congrès dans la création et la vulgarisation des théories dont nous vivons. Les praticiens réunis à Québec travailleront dans la mesure de leurs forces à la solution des problèmes médicaux qui les intéressent si vivement. Chacun y apportera le résultat de ses observations, et il pourra sortir de cette mise en commun de nos recherches des conclusions utiles.

Nous sommes heureux de vous rappeler que ce travail fécond s'accomplira à l'heure même où l'Université Laval, qui a contribué pour une large part au progrès des hautes études, célèbrera le cinquantième anniversaire de sa fondation. Nous saisirons cette occasion pour témoigner à l'Université de Québec toute notre sympathie et pour lui souhaiter de rapides et considérables développements.

Nos réunions coïncideront encore avec la fête patronale des Canadiens-Français, célébrée cette année avec une solennité inaccoutumée. Les Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ne seront sans doute pas insensibles à cet autre motif de répondre à notre appel. Ils pourront, ici, en même temps que faire œuvre scientifique, affirmer et fortifier leur foi patriotique, qui pour tous s'identifie avec la conservation du "doux Parler Français."

Le Président Général,
Dr Delphis Brochu.

Les Secrétaires Généraux,
Dr Arthur Simard.
Dr Albert LeSage.



RÈGLEMENT GÉNÉRAL

DU

PREMIER CONGRÈS DE MÉDECINE

DE

L'Association des Medecins de Langue Francaise

DE L'AMERIQUE DU NORD

ART. I. Le 1er Congrès de Médecine se réunira à Québec, du 25 au 27 juin 1902, dans les salles de l'Université Laval. La séance d'ouverture aura lieu le 25, à 9½ hrs. A. M., et celle de la clôture le 27.

Le but du congrès est double : l'avancement scientifique et l'étude des questions d'intérêts professionnels.

ART. II. Le Congrès se composera des médecins, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

ART. III. Le montant de la cotisation est de *trois dollars*. Cette somme doit être versée à l'un des deux trésoriers, lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité qui lui servira de document pour pouvoir profiter des avantages réservés aux congressistes.

ART. IV. Les membres du Congrès, dument inscrits, auront droit de prendre part à toutes les délibérations, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions et de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

ART. V. Ils auront droit au compte rendu des travaux du Congrès.

ART. VI. Le compte rendu du Congrès sera remis aux congressistes qui y auront droit, aussitôt après sa publication.

ART VII. Le Congrès sera divisé en quatre sections

1° Chirurgie et spécialités.
2° Médecine, maladies nerveuses et mentales
3° Gynécologie, obstétrique et pédiatrie.
4° Hygiene et intérêts professionnels.

ART. VIII. Un comité exécutif composé du président, des secrétaires généraux, des trésoriers, des présidents et secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès

ART. IX. Le Congrès siègera tous les jours, soit en assemblée générale, soit en réunions des sections.

ART. X. Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture, on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

ART. XI. Les comités des sections organiseront leur programme des travaux. (Lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc.)

Chaque section nommera ses présidents d'honneur et désignera ses secrétaires adjoints.

ART. XII. Le président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

ART. XIII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 10 minutes de réplique. Néanmoins, le président, quand l'importance du sujet le justifie, pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

ART. XIX. Les communications ayant trait aux travaux du Congrès devront parvenir au secrétaire général au plus tard le 31 mai. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusions.

Art. XV. On pourra présenter des communications après le 31 mai et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après la discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XVI. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans le compte rendu.

Art. XVII. La langue officielle du Congrès, dans toutes les séances, sera le français.

Article supplémentaire.

Les dames, accompagnées des congressistes, pourront assister aux fêtes qui seront données en l'honneur des membres du Congrès.



Programme du Congres

Le premier Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord s'ouvrira, le 25 juin, à 9.30 heures, dans les salles de l'Université Laval de Québec.

Le programme est ainsi fixé.

Mercredi, le 25 Juin à 9.30 hrs. A. M.

Adresse au Recteur de l'Université. Souhaits de bienvenue par le Maire de Québec. Ouverture officielle du Congrès par l'Hon. A. Turgeon. Discours d'inauguration par le président général Dr D. Brochu. Nomination des présidents d'honneur et rapport du secrétaire général.

APRES-MIDI A 2 HRS..

Lecture et discussion des travaux scientifiques.

LE SOIR

Réc[illegible]s Congressistes par les autorités de l'Université Laval.

Le 26 Juin à 9.30 hrs. A. M.

Communications scientifiques et discussions.

APRES-MIDI A 2 HRS..

Communications et discussions scientifiques.

LE SOIR A 8 HRS..

Grand Banquet au Château-Frontenac.

Le 27 Juin à 9.30 hrs. A. M.

Communications de travaux scientifiques et d'intérêt professionnel.

APRES-MIDI A 2 HRS..

Intérêts professionnels et clôture.

LE SOIR A 8 HRS..

Réception des Congressistes au "Kent" (Cuhtes Montmorency).

Congres de Medecine et d'Interets Professionnels

QUEBEC, 25 JUIN 1902.

OFFICIERS DU CONGRES :

Chirurgie et Spécialités

Président,

DR. A. M. AHERN, Québec.

Vice-Présidents,

DR. FOUCHER, Montréal, DR. CAMIRAND, Sherbrooke,
DR. NORMAND, Trois-Rivières.

Secrétaires,

DR. O. MERCIER, Montréal, DR. DAGNEAU, Québec

Médecine, Maladies Nerveuses et Mentales.

Président,

DR. DEMERS, Montréal.

Vice-Présidents,

DR. E. TURCOT, Québec. DR. DUBÉ, Montréal.
DR. ST. JACQUES, St. Hyacinthe.

Secrétaires,

DR. CHAS. VERGE, Québec, DR. VALIN, Montréal

Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie.

Président,

DR. C. PRÉVOST, Ottawa,

Vice-Présidents,

DR. GRONDIN, Québec, DR. E. TURCOT, St. Hyacinthe,
DR. HARDWOOD, Montréal.

Secrétaires,

DR. P. V. FAUCHER, Québec, DR. R. DECOTRET, Montréal.

Hygiène et Intérêts Professionnels.

Président,

Dr. E. P Lachapelle, Montréal,

Vice-Présidents,

Dr. J. E. Desroches, Montréal, Dr. P. Pelletier, Sherbrooke,
Dr. L. J. O. Sirois, St. Ferdinand.

Secrétaires,

Dr. F.-X. J. Dorion, Québec, Dr. P. E. Prévost, Montréal.



LISTE GENERALE DES ADHERENTS

A

Ahern Michaël J., Québec.
Albano R., Montréal.
Arcand V., Becancour, P. Q.
Archambault D. E., St-Pierre les Becquets, P. Q.
Archambault I. L., Cohoes, New-York, E.-U.
Archambault Urgèle., Hull, P. Q.

B

Bachand L. C., Sherbrooke, P. Q.
Bacon C. G., Marshall, Minnesota, E. U.
Bacon L. P., Québec.
Baribeau Arthur, New Haven, E. U.
Baril G. Ed., Montréal.
Baril F. X., Ste Geneviève de Batiscan, P. Q.
Barry C. H., Montréal.
Beauchamp L. E., Chicoutimi, P. Q.
Beauchesne R., St. Ephrem, P. Q.
Beaudet Napoléon, Fall River, E. U.
Beaudry E., St. Raphaël, P. Q.
Beaudry L. A., St. Hyacinthe, P. Q.
Beaulieu J. R., Bienville, P. Q.
Beaupré W., Québec.
Beausoleil J. H., Montréal.
Bédard Armand, Lynn, Mass., E. U.
Bédard Azarie, Québec.
Bédard Eugène, Pembroke, Ontario.
Bédard Ephraim, Lorette, P. Q.
Bédard P. H., Québec.
Bégin Alfred, Windsor Mills P. Q.
Beique A. G., Magog, P. Q.
Bélanger U. A., Beauport, P. Q.
Belleau A. G., Québec.
Belleau F. N., St. Michel, P. Q.

Bergeron J. N., Plessisville, P. Q.
Bissonnette G. J., St Esprit, P. Q.
Blagdon H. W., St. Philippe de Néri, P. Q.
Blais A., Albert.
Blondin E., Arthabaska, P. Q.
Boisvert J. A., Ste Anastasie, P. Q.
Boivin L., St. Martin de Beauce, P. Q.
Bordeleau Bruneau, Ste. Thècle, P. Q.
Boucher George A., Brockton, Mass., E. U.
Boucher Joseph, St. Ambroise, P. Q.
Boucher S., Montréal.
Boulet Rodolphe, Montréal.
Bourget J. O., Village Lauzon, Lévis, P. Q.
Boutin J. Emile, St. Edouard de Frampton, P. Q.
Brassard P. A., Stanfold, P. Q.
Brisset X., Montréal.
Brochu M. D., Québec.
Brodeur Azarie, Montréal
Brophy M. H., Ste. Foye, P. Q.
Brouardel Professeur, Paris, France.
Brousseau Docile, Québec.
Brunet E. M., Beloeil, P. Q.
Brunet Michel, Québec.
Brunet N.

C

Camirand J. O., Sherbrooke, P. Q.
Caron F. E., St. Eugène de l'Islet, P. Q.
Catellier Alfred, Berlin, New Hampshire, E. U.
Catellier Laurent, Québec.
Chabot J. A. M., Ste Claire, P. Q.
Chagnon E. P., Montréal.
Clark Adélard, Québec.
Cléroux L. J. V., Montréal.
Cloutier Georges, St Georges de Beauce, P. Q.
Constantin Jules, Roberval, P. Q.

Cooke Edouard, Broughton, P. Q.
Coote Patrick, Québec.
Cormier Isaie, Montréal.
Cormier J. A., Rochester, E. U.
Côté C. E., Québec
Côté Léon, Québec
Couture M. Ls., Lynn, Mass., E. U.
Couturier Adjutor, Westbrooke, Maine, E. U

D

Dagneau C. E., Québec
Daigle C. A., Montréal.
Deblois Chs. N., Trois-Rivières
Deblois J. P., Chateau Richer, P. Q.
Dechênes Bernard, St. Paschal, P. Q.
DeCotret Réné, Montréal.
Delany W., Québec.
Delisle J. A.
DeMartigny Adelstan, Montréal.
Demers L. A., Montréal.
Descarreaux Ed., St. Augustin, P. Q.
Desjardins N. A., Ste Anne de la Pocatière, P. Q
Desrochers J. N., Montréal.
Desrosiers N., Rockland, Russel, Ont
DeVarennes Joseph, Québec.
Dieulafoy Professeur, Paris, France.
Dion J. A., L'Islet, P. Q.
Dionne J. E., Ste Marie Beauce, P. Q.
Dorion F. X. Jules, Québec.
Drouin J. A., St. Honoré de Beauce, P. Q.
Drouin P. A., Québec.
Dubé C. A., Villeneuve, P. Q.
Dubé J. Edmond, Québec.
Dufresne J. H., Shawinigan, P. Q.
Dussault Joseph I., St. David, P. Q.
Dussault N. A., Québec.

E

Enright W. J., Port Daniel, P. Q.

F

Falardeau M. A., Québec.
Faucher P. V., Québec.
Feuiltault F. X., Compton, P. Q.
Fiset J. B. R., Rimouski, P. Q.
Fiset L. N. J., Qué
Fiset L. P., St. Boniface de Shawinigan, P. Q.
Fiset Michel, Québec.
Fiset P. J. L., Chéticamp, Cap Breton, N. E.
Fortier Réné, Québec.
Fortier Tancrède, St. Marie de Beauce, P. Q.
Foucher A. A., Montréal.
Fournier A. W., Gardner, Mass., E. U.
Furet Gaspard, St. Hyacinthe, P. Q.

G

Gagnon J. Gélase, St. André de Kamouraska, P. Q.
Gaillardet J., Leominster, Mass. E., U.
Garceau J., Shawinigan, P. Q.
Gaudet E. P., St. Joseph, N. B.
Gauthier J. C. S., Upton, P. Q.
Gauthier Louis O., Québec.
Gauvreau Edmond, Québec.
Gauvreau Et. T., Wisconsin, E. U.
Gauvreau Joseph, Rimouski, P. Q.
Gauvreau N., Charlesbourg, P. Q.
Genest J. G. Malcolm, St. Bernard, P. Q.
Giasson Z., Québec.
Giguere J. P., Chapleau, Pontiac, P. Q.
Gilbert Emile, Fraserville, P. Q.
Gilbert J. E., Québec.
Giroux Albert, Ile Verte, P. Q.
Giroux Arthur, Cap St. Ignace, P. Q.
Godin Arsène, St. Jean, P. Q.
Gosselin F. X., St. Roch des Aulnaies, P. Q.
Gosselin Joseph, Québec.
Grandbois C. E., Fraserville, P. Q.
Grenier Simon, Percé, P. Q.
Groudin Siméon, Québec.

Guérard Joseph, Québec.
Guérin James J., Montréal.
Guimont Joseph, Québec.
Guy J. R., Edmonton, N. B.

H

Harwood L. de Lotbinière, Montréal.
Hélie O. St-Grégoire de Nicolet, P. Q.
Hervieux Henri, Montréal
Hingston Sir W. H., Montréal.
Howe John, Québec.
Huchard Professeur, Paris.

J

Jobin Albert A., Québec.
Jolicœur William, Québec.

L

Laberge J. Elzéar, Québec.
Lacerte J. E., Québec
Lacerte J. N., Lévis, P. Q.
Lachance G., St-Jean d'Orléans, P. Q.
Lachapelle E. P., Montréal.
Lacoursière Henri, St-Victor de Tring, P. Q.
Lacroix Wenceslas, St-Antoine, P. Q.
Ladrière J. E., Lévis, P. Q.,
Laliberté Th. L., Minneapolis, E. U.
Lamarche J. B. A., Montréal.
Lambert E. M., Ottawa, P. Q.
Lambert Michel, St-Romuald, P. Q.
Langlais F. J., Trois-Pistoles, P. Q.
Lapierre Chs. Arthur, Minneapolis, E. U.
Lapointe F. A., Biddeford, E. U.,
Lapointe J. A., Malbaie, P. Q.
Larochelle Abraham, Québec.
Larochelle J. E., Manchester, E. U.
Lainé Damase, St-Germain de Brandon, P. Q.
Laurendeau Albert, St-Gabriel de Brandon, P. Q.
Lavoie Arthur, Sillery, P. Q.

Lavoie J. E., Ste-Flavie, P. Q.
Lebel Edouard A., Québec.
LeCavelier E., Montréal.
Leclerc Joseph E., Lesueur, Minnesota, E. U.
Leclerc L. N., Ste-Ambroise, P. Q.
Lecompte Geo L.,
Leduc J. F.,
Lemieux L. J., Montréal.
Lemieux J. P. C., Weedon, Wolfe, P. Q.
Lemieux P. E., St-Romuald, P. Q.
Lemieux Théo. D., Lawrence, Mass. E. U.
Lepage L. F., Rimouski, P. Q.
Lesage Albert, Montréal.
Lessard Alphonse, Québec.
Lessard Joseph, St-Joseph de Beauce, P. Q
Levasseur Delle Irma, Québec.
Lippé J., Montréal.

M

Mackay Eugène, Papineauville, P. Q.
Marchand Henri, Champlain, P. Q.
Marcotte F. Arthur, Ste-Anne de la Pérade, P. Q.
Marcotte J. A., St-Michel de Bellechasse, P. Q.
Marcotte J. B., Lewiston, E. U.
Marien Amédé, Montreal.
Martin H J., Carleton, N. B.
Martin Valmont E., Québec.
Martineau G. Elie, Québec.
Masson D., Montréal.
Masson J. E., St-Lazare, P. Q.
Mathieu Eugène, Québec.
Mercier Oscar, Montréal.
Michaud F. N., Québec.
Mignault L. D., Montréal
Millette D. P., Chapleau, Pontiac, P. Q.
Miliette J. A., Lac Mégantic, P. Q.
Monod Fernand, Montréal.
Montreuil Laurenzo, St Evariste, P. Q.
Moreau Joseph, L'Islet, P. Q.
Morin Edgar, Limoilou, Québec.

Morin Edouard, Québec.
Morin J. A., Québec.
Morissette Alfred, Ste-Hénédine, P. Q.

N

Nadeau Aurèle St Joseph de Beauce, P. Q.
Noël G. O., St Ferdinand d'Halifax, P. Q.
Normand L. P., Trois Rivières.

P

Pagé J. Damase, P. Q
Pageau Joseph, St Sylvestre, P. Q
Palardy J., Fichburg, Mass., E. U
Palardy L. P., Montréal
Panneton E. F., Trois-Rivières.
Paquet Eugère P., St Aubert, P. Q
Paquin C. Rosaire, Québec
Paquin Georges, Portneuf, P. Q.
Paradis Jules, Kamouraska, P. Q
Paradis J. G., Montmagny, P. Q
Pelletier Elzéar, Montréal.
Pelletier Pantaléon, Sherbrooke, P. Q
Pépin Rodolfe, St. Celestin, P. Q
Petit A. W., Nashua, E. U.
Picard Philippe, Fraserville, P. Q.
Pinard J. H. A., Jefferson, E. U.
Pinault L. G., Campbellton, N. B.
Poirier Emile, Salem, Mass., E. U.
Poliquin Arthur, St. Félicien, P. Q
Poliquin E., Québec.
Potvin Arthur, Québec.
Poulin Arthur, Victoriaville, P. Q.
Prévost C. A., St. Johnsbury, Vermont, E. U
Prévost Chs. F. X., La Patrie, P. Q.
Prévost J. E., St. Jérôme, P. Q.
Prévost L. Coyteux, Ottawa, P. O.
Prévost P. E., Montréal.
Provençal Ed., Beauport, P. Q.
Provost Ed. H., Sorel, P. Q.

R

Récamier Professeur, Paris.
Rinfret C..
Rioux J. F., Sherbrooke, P. Q.
Riverin Adélard, Chicoutimi, P. Q.
Robitaille Arthur, Québec.
Rodrigue L. P. A., Buckingham, P. Q.
Roger J. A., Ste Julie, P. Q.
Rottot J. P., Montréal.
Rouleau Chs. B., Grandfalls, N. B.
Rouleau E. H.,
Rousseau Arthur, Québec.
Rousseau Z., Troy, E. U.
Roy A., Levis, P Q.
Roy Arthur, St. Philémon, P. Q.
Roy G. E., Montréal.
Roy J. G., Rimouski, P. Q.
Roy Salluste, Beauport, P. Q.
Forest Florian, Pawtucket, Rhode Island, E. U.

S

Samson J. A., Lambton, P. Q.
Samson C. O., Québec.
Sarazin J. A., St. Alexandre d'Iberville, P. Q.
Savard Edmond, Chicoutimi, P. Q.
Savard E. M. H., Ste Marie de Beauce, P. Q.
Schmidt Joseph, Anticosti. P. Q.
Simard Alfred, Baie St. Paul, P. Q.
Simard Arthur, Québec.
Simard L. J. A., Québec.
Simard R., St. Jean Port Joli, P. Q.
Sinclair J. H., St. Henri, P. Q.
Sirois J. E., Kamouraska, P. Q.
Sirois L. J. O., St. Ferdinand d'Halifax, P. Q.
Sirois N. A., Ste Anne de la Pocatière, P. Q.
Sirois Th., Lauzon, P. Q.
St-Hilaire Emile, Québec.
St-Jacques Eugène, Montréal.

T

Tanguay G. L., St-Gervais, P. Q.
Tassé J. E. C., Worcester, Mass., E. U.
Tessier Romuald, Richford, Vermont, E. U
Thibaudeau Emile, Québec.
Tillaux Professeur P., Paris. France.
Tousignant H., St-Joseph d'Alma, P. Q.
Triganne L. J., Plessisville, P. Q
Trudel Henri, St-Grégoire de Nicolet, P. Q
Turcot Edwin, Québec.
Turcot Georges, Québec.
Turcot J. Eugène, St-Hyacinthe, P. O,

V

Vaillancourt E. E., Dorchester, P. Q.
Valin C. N., Montréal.
Vallée Arthur, Québec.
Venne L., Montréal.
Verge Charles, Québec.
Verge William, Québec.
Vézina L. Victor, St-François de Montmagny, P. Q.
Villeneuve, E. St Romuald, P. Q.

W

Watters Geo., Québec.

OUVERTURE DU CONGRES

Mercredi, le 25 juin 1902, avait lieu, à dix heures du matin, dans la grande salle de l'Université Laval, l'ouverture solennelle du premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Un auditoire d'élite remplissait la salle. Monseigneur Marois, représentant de l'Archevêque de Québec, chancelier de l'Université, et les professeurs des facultés occupaient des sièges d'honneur sur l'estrade. On distinguait au premier rang l'honorable A. Turgeon, chargé du département de l'Instruction publique de la province de Québec ; M. Tahmin, délégué de l'Université de France ; M. Obalski, représentant l'Alliance française ; M. le docteur Monod, fils de l'éminent chirurgien, représentant la Faculté de Médecine de Paris ; M. Kleczkowski, consul géneral de France ; l'échevin Tanguay, représentant le Maire et le Conseil Municipal ; et plus de trois cents médecins, venus de toutes les parties du continent, pour prendre part au Congrès.

Il était bien naturel que la première pensée du Congrès fut d'unir ses félicitations à celles que tout notre peuple adressait à l'Université Laval, à l'occasion de ses fêtes jubilaires. Cet hommage était du à cette grande institution en qui la plupart des médecins réunis saluaient leur Alma Mater, et qui leur offrait l'hospitalité pour la tenue de leur premier Congrès.

Monsieur le docteur Brochu, président général du Congrès, lut l'adresse suivante :

Monseigneur le Recteur,

Messieurs les Professeurs :

L'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, qui vient à peine d'ajouter le dernier complément à son organisation, est heureuse de marquer le premier acte public de son existence en présentant ses hommages aux autorités de l'Université Laval. C'est un devoir bien doux pour elle, avant d'inaugurer ses travaux, d'exprimer hautement son admiration et sa gratitude envers cette grande institution qui fait la gloire de la race canadienne-française en prodiguant au pays, depuis un demi-siècle, les bienfaits de l'enseignement supérieur.

Notre association a cette bonne fortune de participer aux fêtes glorieuses par lesquelles tout le peuple canadien commémore le cinquantenaire de la fondation de cette première université française en Amérique, et elle est heureuse de placer sous son patronage distingué l'œuvre de son premier congrès. C'est pour nous un estimable honneur en même temps qu'un gage assuré de succès.

L'Université Laval vient d'être l'objet de démonstrations grandioses qui témoignent aux yeux de tout ce continent de son prestige et de l'importance capitale de sa mission ; elle s'est acquis, en effet, en poursuivant la plus noble des tâches, l'estime et l'admiration de toute la nationalité canadienne-française. Grâce au devouement de ses fondateurs et au zèle patriotique des hommes éminents qui se sont succédés, depuis cinquante ans, dans ses chaires d'enseignement, elle a jeté le plus vif éclat sur les sciences, les lettres et les arts. C'est elle qui a formé le cœur et l'esprit de la société dirigeante au Canada ; c'est elle qui a donné à notre jeune peuple, un peu perdu au milieu des races différentes, l'arme si puissante et si nécessaire à la protec-

tion comme au maintien de son individualité : la haute culture intellectuelle. Elle a été, en un mot, le plus solide rempart de notre nationalité. Et ce sera son plus beau titre de gloire d'avoir fait éclore et s'épanouir, en même temps que le haut enseignement moral et religieux, les sciences et les lettres françaises sur cette terre que nos ancêtres ont conquise à la civilisation.

Certes, l'enseignement de la médecine n'a pas été négligé à Laval : bien au contraire, il y a toujours occupé une des premières places dans les programmes. Des centaines de médecins ont été formés par les professeurs de haut mérite qui ont illustré successivement ses chaires. C'est à cette source qu'ils ont puisé, avec les dons du savoir et de l'éducation pratique, l'amour sacré du travail et de l'étude. Puis, ils se sont dispersés aux quatre coins du pays, et même jusqu'aux limites extrêmes du continent américain, où ils exercent leur art en faisant le plus grand honneur à leur Alma Mater et à la noble profession qu'ils ont embrassée.

Voilà pourquoi les médecins de langue française, réunis pour la première fois en une association dont le but les rapproche de l'œuvre des hautes institutions qui leur ont distribué le pain de la science, sont heureux d'applaudir aux succès de Laval et de reconnaître le rôle si bienfaisant et si utile qu'elle a joué dans la patrie canadienne.

Il nous est particulièrement agréable d'unir nos vœux et nos hommages à ceux que l'élite du peuple canadien-français vient de lui offrir dans une si touchante unanimité, pour que cette date mémorable et glorieuse du cinquantenaire de sa fondation marque l'aurore d'une ère nouvelle remplie de promesses et d'espérances.

En voyant se succéder dans la haute direction de cette grande Ecole Nationale les hommes les plus éminents par leur savoir et leur sagesse, parmi lesquels nous comptons les princes

les plus remarquables de l'Eglise du Canada, nous ne pouvons manquer d'être persuadés que l'œuvre commencée et soutenue au prix de tant de généreux sacrifices, ne soit de plus en plus appréciée du public et qu'une coopération de plus en plus efficace de toutes les classes de notre société ne lui apporte les ressources nécessaires pour atteindre bientôt son complet épanouissement.

Tels sont les vœux que les médecins de langue française de ce continent forment pour l'avenir de l'Université Laval à laquelle sont acquis bien des titres à la reconnaissance de notre profession médicale ; et ils ont le plus grande satisfaction à lui exprimer, avant de commencer les travaux de leur premier congrès, que l'œuvre scientifique et nationale qu'ils ont entreprise leur a été inspirée surtout comme le corollaire de l'œuvre de haute éducation que cette Université poursuit avec tant de dévouement et de succès depuis sa fondation.



Réponse de Mgr le Recteur de l'Université

Il y a quelques semaines à peine, dans la réunion solennelle des cinq académies, un des hommes les plus distingués de notre ancienne mère-patrie se demandait "si la France est en décadence".

Il est tristement caractéristique qu'on ait à se poser une pareille question, et quelles que soient les considérations invoquées par M. Hanotaux pour nous rassurer sur l'avenir de cette grande nation, le fait seul d'avoir à dissiper de patriotiques inquiétudes

est de nature à en entretenir l'ombre angoissante devant l'esprit public.

Cette question, à laquelle M. Hanotaux se croyaitobligé de répondre, des hommes distingués des autres grandes nations de l'Europe, se la posent souvent au sujet de leur propre patrie dont la condition n'est pas meilleure. Heureusement cette question ne vient pas à l'esprit de ceux qui s'intéressent à l'Université et qui connaissent son histoire. Comme vous venez de nous le dire si aimablement, elle a toujours grandi et prospéré ; il n'y a qu'à voir, cette semaine, la réunion de ses nombreux enfants pour être fiers de son passé et confiants dans son avenir.

Vous venez lui demander l'hospitalité. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'elle vous l'accorde avec plaisir. Une mère ne se croit pas obligée de dire à son enfant qu'il est le bienvenu chez elle. La plupart d'entre vous sont des enfants de notre institution ; les autres en sont les amis, et tous vous aimez l'Université, vous désirez son développement.

De notre côté, nous vous souhaitons un plein succès. Vous vous êtes réunis d'abord pour vous instruire, pour vous communiquer de mutuelles connaissances, afin de pouvoir faire plus de bien dans l'exercice de votre noble profession. La science médicale fait tous les jours de grands progrès ; elle est semblable à ces astres qui se meuvent sur nos têtes, qui ne connaissent pas le repos, et d'elle on pourrait bien dire ces mots que l'on rencontre sur le frontispice de quelques vieux ouvrages avec le dessin d'une sphère céleste : *semper in motu.*

Ce mouvement, vous voulez le suivre ; ce progrès, vous voulez le connaître, ces développements, vous voulez les savoir. Honneur à vous, honneur à la race à laquelle vous appartenez, honneur aux institutions qui vous ont formés et qui sont fières de vous.

Vous voulez ensuite vous connaître mieux et vous unir plus

étroitement. C'est encore là un désir bien légitime. Il est dit dans l'Ecriture Sainte que Dieu a livré la terre aux disputes des hommes, et l'expérience est là pour démontrer que l'homme en profite. Ah ! messieurs, restez unis. Vous vous rappelez ce féroce César qui souhaitait une seule tête au genre humain, afin de l'abattre d'un seul coup. Eh bien ! formant le vœu contraire, nous désirons que tous n'aient qu'un seul cœur pour être forts et lutter avec succès : "Si la vie est un passage, sur ce passage au moins jetons des fleurs." Et les plus belles fleurs qu'on puisse trouver sur cette terre, ce sont celles qui produisent la paix et la concorde.

Vous savez ce que font chaque matin ceux qui habitent les bords de la mer durant les chaleurs de l'été ; ils ouvrent, dès le soleil levant, toutes les fenêtres de leurs appartements ; une brise fraîche et vivifiante s'y précite ; elle chasse les lourdes vapeurs de la nuit ; elle renouvelle l'air de l'intérieur et prépare une nouvelle provision de fraîcheur pour le reste de la journée ; puis on ferme les volets on se précautionne ainsi contre les ardeurs croissantes du jour.

Vous êtes au matin de votre Congrès. Ouvrez toutes les fenêtres de votre cœur ; laissez-y pénétrer la brise vivifiante de la charité fraternelle ; qu'elle chasse tout souvenir de mécontentement, de froissements passés ; qu'elle anime toutes vos discussions, qu'elle préside à tous vos travaux. Et partez de Québec avec une affection mutuelle plus vive. avec un attachement plus profond pour notre chère Université qui est heureuse de votre sympathie et fière de vos succès.

Vous la dite le rempart de notre nationalité ; vous applaudissez à la bonne formation qu'elle donne à ses élèves ; vous la remerciez des sacrifices qu'elle a faits pour le haut enseignement dans notre province, et vous êtes revenus lui témoigner votre

affection et votre reconnaissance en prenant part aux fêtes organisées à l'occasion de ses noces d'or.

En son nom, et du fond du coeur, merci ! Et pour vous témoigner sa gratitude, elle travaillera avec plus d'ardeur que jamais à la réalisation de vos voeux. La poésie nous montre la matrone romaine moins fière de ses bijoux que de ses enfants vigoureux de corps et d'esprit, laborieux, impatients d'affronter les périls pour joindre leur nom à coté de celui des glorieux ancêtres.

Puisse l'Université être toujours fière de ses élèves ! Puissent-ils sortir de notre maison avec une intelligence ornée de connaissances, sans doute, mais surtout avec un coeur capable de résistance au vice, avec un caractère fièrement trempé, avec une conscience inébranlablement chrétienne. Puissent-ils, en un mot, se montrer toujours semblables à vous, monsieur le Président, à tous ceux qui vous accompagnent ce matin, pour exprimer à notre Université des sentiments qui l'encouragent et qui l'honorent.



Discours de l'Honorable Adélard Turgeon

Monsieur le Recteur,

Messieurs :

C'est ma bonne fortune, comme ministre chargé du département de l'Instruction Publique, de vous souhaiter aujourd'hui la bienvenue. Je vous la souhaite de tout cœur, à vous Messieurs les médecins de Québec et des provinces sœurs, à vous

mes chers compatriotes de la République voisine que les contingences de la vie nous ont enlevé sans vous ravir à notre affection, et à vous Monsieur le délégué de l'Université de France, dont la présence ici nous est si sensible, et parce qu'elle témoigne de votre inaltérable dévouement aux choses de la science et parceque vous représentez un pays, suivant l'expression de Montaigne parlant d'Alexandre, d'une beauté illustre par tant de visages.

Monsieur le Président Général, vous direz, dans un instant le but du Congrès, vous en dresserez la charte consécutive, mais je veux d'ores et déjà, en dégager l'idée maîtresse, ce qui, suivant moi, en fait l'originalité et qui en assurera la permanence. En groupant en un corps les médecins de langue française du continent américain, votre pensée n'en est pas une d'agression contre les droits, les privilèges de vos confrères d'une autre langue ; encore moins s'y mêle-t-il une préoccupation politique quelconque. Non, si ce congrès et une arme de combat, c'est essentiellement, et exclusivement une arme défensive, née des tentatives d'envahissement, des projets d'unification qui se font jour maintenant, comme à toutes les époques de notre histoire nationalé, et que nous sommes décidés à repousser avec toute l'énergie de nos glorieux devanciers. Vous ne pouvez mieux affirmer votre détermination qu'en choisissant, pour les séances initiales de ce Congrès, cette maison qui a le plus contribué au maintien de l'influence francaise en Amérique, cette ville qui, après avoir été le berceau de notre nationalité, en est restée le plus ferme soutien et le boulevard le plus avancé !

Et pourquoi resterions-nous en dehors du mouvement qui emporte tous les peuples, même les plus humbles, vers la conservation ou la reconstitution de leur idiôme ? Voyez les Tchèques, les Polonais, les Flamands, les Provençaux, la vielle Irlande elle même que l'on pouvait croire irrémédiablement angli-

cisée et qui, depuis dix ans, sous l'effort de la ligue Gaëlique, lutte, suivant l'expression d'un de ses poètes, pour le droit à avoir une âme. Car qu'est-ce que la langue? Un vain système de signes algébriques ou de formules sans vie? Non, c'est l'âme, c'est le génie du peuple, ses croyances, ses traditions, ses formes d'esprit et de cœur qu'elle incarne, qu'elle conserve et qui survivent en elle. Ce sont les attaches avec le passé, c'est la survivance en nous de nos ancêtres, c'est la communauté d'idées, de sentiments qui lie chaque génération à la génération précédente.

C'est vrai de toutes les langues, même les plus primitives, les moins savantes, celles qui n'ont reçu, du temps ou de leur génie propre, qu'un incomplet développement. Et combien la démonstration en est évidente, quand il s'agit de l'héritage incomparable de la langue française, héritière elle-même de la grâce, de l'élégance, de la précision helléniques. Nous sommes à un tournant de l'histoire. L'axe de la suprématie industrielle et commerciale s'est déplacé. L'hégémonie mondiale n'est plus au vieux continent, mais à l'Amérique du Nord. Dans un quart de siècle, le pavillon des deux races Anglo-Saxonnes sillonnera toutes les mers, couvrira tous les marchés, fouillera tous les déserts. Déjà la langue anglaise a supplanté ses rivales dans les ports de l'Extrême-Orient. Le pavillon couvre non seulement la marchandise, mais la langue. D'un autre coté, le français gagne du terrain dans la haute société américaine.

C'est plus qu'un éveil, c'est une renaissance qui s'attache à l'élite intellectuelle; et chez nos voisins comme sur le continent européen, la connaissance du français est un brevet de distinction. Aussi, j'envisage l'avenir avec sérénité, à la lumière de l'histoire. Quand le latin devint la langue universelle, sous les Césars, une autre langue continuait à être parlée et à être écrite par les lettrés, les philosophes, par tous les "dilettanti" de raffinement intellectuel, partout, même au cœur de l'empire, dans la

ville aux sept collines, et le roi du Forum, Cicéron, dans la pleine maturité de son talent, passait deux ans à Athènes pour se perfectionner dans la connaissance de cette langue immortelle et quasi divine. Ainsi pour le français.

Ce ne sera pas la langue du nombre, des foules, mais la langue de l'élite, des cours, de la diplomatie, des académies, des congrès, des sociétés savantes, et cette traînée de lumière sur l'avenir, cette anticipation glorieuse nourrit mon patriotisme des plus fermes espoirs.

Mais ce sont là des arguments pour l'esprit. En faut-il pour le cœur? En faut-il pour rappeler les douces émotions de l'enfance, les premiers bégaiements sur les genoux maternels? Pour vous et pour moi, c'est la langue qui réveille, à travers les âges de la vie, toute une riche moisson : tout ce qui " est resté des âmes envolées, fruits de l'activité du labeur, " fleurs du rêve, de la souffrance et des affections saintes." (De Nevers.)

Mais le verbe n'est ici qu'un instrument. Le but ultime de ce Congrès est l'étude d'une science, la plus haute de toutes après celle, hors pair, qui traite des destinées de l'âme.

Molière, dans sa langue familière, mais si expressive, a caractérisé d'un vers proverbe l'importance de la médecine, car, depuis son origine, l'humanité n'a cessé de crier le mot de Chrysale sur le corps humain :

"Guenille, si l'on veut, ma guenille m'est chère."

La science ne connait pas de frontières et multiples sont ces sources d'inspiration qu'elle emprunte à tous les âges.

Mais peut-on parler de médecine sans immédiatement évoquer le génie français dans l'une de ses manifestations les plus nobles et les plus élevées?

Si le siècle, qui vient de finir, le plus remarquable de

l'histoire, doit porter le nom d'un homme, n'a-t-on pas dit [illegible] serait le siècle de Pasteur ?

Ses découvertes ont accru les richesses, diminué les souffrances, prolongé la vie. Il a sauvé des millions de vies humaines ; il en sauvera bien plus, au fur et à mesure que seront mieux connues et plus habilement pratiquées ses merveilleuses méthodes préventives et curatives. Le charbon, la rage, le choléra, le croup, la diphtérie ; quel chapitre de misères humaines que l'on ne peut pas rendre dans la forme imparfaite des mots et qu'il a soulagées ou guéries à tous les pôles de l'existence !

Je vous laisse avec cet idéal de science et de patriotisme. Qu'il soit la colonne de feu qui vous guide dans vos travaux, et les discussions sereines où vous allez remuer les plus hauts problèmes ouvriront à tous les esprits généreux d'attrayantes perspectives, allumeront des ambitions ardentes autant que fécondes et désintéressées. Par vous, Messieurs, dans cette sève des temps nouveaux, notre pays connaîtra les premiers sourires d'une gloire naissante."



Discours de M. l'échevin Tanguay

Messieurs,

Au nom de la cité de Québec, en l'absence de Son Honneur le maire, que ses devoirs retiennent ailleurs, je viens vous dire en ma qualité de maire suppléant de Québec : Soyez les bien-

venus. C'est la parole qui s'échappe irrésistiblement de mes lèvres en ce moment où je vous rencontre assemblés à Québec, en premier congrès des médecins de langue française de l'Amérique. Soyez les bienvenus : comme ces mots sont brefs, mais comme ils expriment bien nos pensées à tous et les sentiments de chacun de nous ! Bienvenus dans la cité qui réclame l'honneur d'avoir été la première dotée d'un établissement d'éducation classique en Amérique. Bienvenus dans la citée qui a été choisie pour l'établissement de la première université catholique et française du Nouveau-Monde. Bienvenus, enfin, dans la cité qui n'a cessé d'être, depuis sa fondation, un centre de lumière et un foyer d'enseignement.

Nous sommes fiers de constater que Québec a été choisi comme lieu de réunion de votre premier congrès, car vous consacrez par là la réputation d'hospitalité acquise à notre cité dans toutes les associations qui nous ont fait l'honneur de tenir, ici, leurs assemblées annuelles. Et nous tenons beaucoup à garder cette renommée.

Je vous apporte la franchise et la liberté complète de notre cité, et je puis vous assurer que dans nos rues et dans nos places publiques, et s'il vous plaît de visiter nos monuments et les sites fameux qui abondent dans et autour de Québec, vous recevrez partout l'accueil le plus empressé. Bien que vous soyiez dans une ville militaire, gardée par l'une des plus célèbres forteresses de l'univers, vous n'aurez pas besoin de mot de passe pour pénétrer partout, et je vais vous en dire le secret : c'est que vous avez tous un talisman dans l'insigne artistique que vous portez comme décoration, et qu'il n'est pas un Québecquois qui refusera de le reconnaître, fût-il même un enfant ; car en vous voyant passer, tous sauront, au premier regard, que vous appartenez à la docte faculté, que vous portez les armes de l'Université Laval

et que vous êtes un de ses hôtes distingués qui sont venus faire honneur à Québec en venant célébrer chez nous les noces d'or de la grande institution qui nous est si chère.



Enfin le Président Général inaugure le Congrès dans les termes suivants :

Messieurs :

C'est un très grand honneur pour moi d'être appelé à présider ce premier Congrès des médecins de langue française en Amérique, je suis particulièrement heureux d'avoir à vous souhaiter, au nom de tous mes confrères de Québec la plus cordiale bienvenue.

C'est un précieux avantage qui ne saurait manquer d'être apprécié par tous les membre de cette Association, que celui d'être admis à tenir nos séances dans l'enceinte de cette Université Laval, en qui nous saluons le premier foyer du haut enseignement français dans ce pays et à laquelle nos sympathies et notre vénération étaient d'avance acquises.

Nous sommes infiniment honorés de la présence de Monseigneur le Recteur de cette Université, ainsi que des membres les plus éminents dans les professions qui forment le Conseil supérieur de cette grande institution. Que Monseigneur le Recteur et Messieurs les Professeurs veuillent bien nous permettre de leur témoigner notre plus profonde gratitude pour cette faveur insigne qui ajoute à notre congrès son plus haut cachet de distinction et de solennité.

C'était bien là la marque d'appréciation la plus encourageante que nous pouvions espérer pour la tâche délicate que nous avons entreprise. Cette oeuvre, qui nous a été inspirée par le désir de travailler au prestige et à l'honneur de notre profession, par l'ambition de contribuer dans la mesure de nos forces aux progrès de la science et à l'essor des études, nous est apparue comme le corollaire de l'oeuvre de haute éducation que l'Université Laval poursuit avec tant de dévouement et de succès depuis sa fondation.

Je serai votre fidèle interprète en offrant le témoignage de notre vive reconnaissance au représentant officiel du gouvernement de la province de Québec, l'honorable M. Turgeon, qui a bien voulu nous faire l'honneur, comme ministre de l'Instruction publique, de venir présider à l'ouverture de ce Congrès. L'intérêt particulier que cet homme éminent a toujours manifesté, durant sa carrière politique, pour toutes les questions de la haute éducation, la position élevée qu'il occupe et qui le rattache si intimement à l'oeuvre de l'instruction publique dans cette province, assuraient d'avance à notre Association toute sa sympathie et son encouragement. Mais sa présence, qui nous a donné l'occasion d'entendre ses éloquentes paroles, de même que son prestige personnel et les brillantes qualités d'esprit que tous lui reconnaissent, ne pouvaient manquer d'ajouter à cette première séance de notre Congrès un éclat et un intérêt bien propres à en promouvoir le succès.

Je serai également l'écho des sentiments de tous les membres présents de cette Association, en offrant à M. le maire suppléant de Québec tous nos remerciements pour les souhaits de cordiale bienvenue qu'il nous a adressés au nom de la ville qu'il représente si dignement. Cette démarche et cette délicate attention de la part des autorités civiques nous est une nouvelle preuve de l'intérêt que l'on porte toujours, dans cette vieille cité de

Champlain, à tous les progrès dans la haute culture intellectuelle et à toutes les institutions qui ont pour but de travailler au bien-être social et humanitaire.

La présence au milieu de nous des représentants officiels de la France et des Etats-Unis nous honore à plus d'un titre et est bien propre à ajouter à l'éclat et à la solennité de ce Congrès. Nous sommes particulièrement touchés de ces marques de sympathie et de cette extrême condescendance de la part des gouvernements de ces deux pays, déjà unis par une longue amitié et auxquels l'élément franco-américain se trouve rattaché par des liens si étroits.

Nous saluons avec plaisir les représentants les plus autorisés de la médecine française et de la profession médicale anglaise de cette province, qui ont bien voulu nous faire l'honneur de s'associer à nos humbles travaux. Cette marque d'intérêt et de bienveillante sympathie nous réjouit au plus haut point et elle nous est d'un précieux encouragement. Non seulement le concours de ces savants distingués ajoutera beaucoup à l'intérêt scientifique de notre Congrès, mais leur présence servira, sans doute, à resserrer les liens qui nous unissent déjà à la grande école française, où nous puisons principalement notre enseignement, et à l'école anglaise de cette province, avec laquelle nous aimons à conserver les relations de la meilleure courtoisie.

Les organisateurs de ce Congrès ne pouvaient, à la vérité, espérer de plus heureux auspices pour donner la première sanction à l'oeuvre de progrès scientifique que l'Association des médecins de langue française s'est fait un but de réaliser.

Cette oeuvre, que vous connaissez déjà, consistera surtout à promouvoir les intérêts de la science et l'avancement professionnel, tout en servant à établir des relations plus intimes entre tous les médecins de notre langue sur ce continent.

Les promoteurs de cette Association ont eu la conviction que le meilleur moyen d'atteindre cette fin, serait d'organiser des congrès de médecine, destinés à rallier tous les médecins de notre origine sur le terrain commun où les place naturellement l'intérêt général et supérieur de cette profession. Ces congrès, qui pourraient se tenir alternativement dans les principaux centres de population française en Amérique, fourniraient une agréable occasion aux différents groupes de la grande famille médicale franco-américaine, de se rencontrer dans une intime et cordiale fraternité, d'échanger leurs vues et leurs idées dans la langue qui leur est chère, et de tirer ainsi meilleur profit de la mise en commun de leurs recherches et de leurs travaux scientifiques.

Tous ont été unanimes, également, à reconnaître que, vu l'isolement dans lequel vivent la plupart de nos praticiens, l'un des plus sûrs moyens de donner plus de force et de cohésion à notre profession, de créer l'émulation générale pour les études, serait de promouvoir la fondation de sociétés médicales dans tous les districts où peuvent se rencontrer des groupes de médecins zélés pour la science et ayant à coeur leur avancement. L'existence de ces sociétés médicales a été entrevue comme un corollaire de notre Association générale, et comme l'une des conditions les plus propres à assurer sa vitalité et son avenir. Tel était le double but que laissait entrevoir le projet de cette association des médecins de langue française, qui vous a d'abord été soumis.

Je suis heureux de vous faire connaître, en cette circonstance, l'accueil favorable que ce projet a reçu de toute la profession médicale franco-américaine. De toutes parts sont venus des retours empressés, approuvant l'opportunité d'un pareil mouvement et exaltant le but de cette association comme le plus conforme aux aspirations de tous et répondant à une nécessité de-

puis longtemps ressentie. Les lettres d'adhésions nombreuses et ferventes qui ont été adressées à notre secrétaire général, reflètent un même sentiment chez tous les médecins d'origine française de ce continent ; c'est que, dans ces pays mixtes où nous vivons, de tels moyens de concentration et de ralliement sont devenus plus que désirables pour mettre en relief la valeur de notre éducation et assurer à notre profession médicale française le respect et l'appréciation de tous. Nous avons reçu, en même temps, de précieux encouragements et l'expression de chaleureuses sympathies de la part de savants éminents de la vieille France et de plusieurs organes accrédités de la science française. Nous pouvons donc être certains que l'Association qui nous réunit aujourd'hui dans ce premier congrès est née d'une même communauté d'idées, d'un même désir d'avancement scientifique, et d'une même ambition de travailler à l'honneur et au prestige de notre profession médicale franco-américaine.

Permettez-moi de vous dire, au nom des organisateurs de ce Congrès, que vous avez généreusement répondu à l'appel qui vous a été fait. Votre présence en aussi grand nombre le témoigne déjà hautement ; mais nous en avons une autre preuve dans le nombre et l'importance des travaux qui nous ont été offerts et qui seront soumis à votre appréciation.

Ce n'est pas sans une certaine hésitation, cependant, que nous avions pris l'initiative d'un tel mouvement. Nous ne pouvions pas nous faire illusion sur les difficultés nombreuses que nous aurions à surmonter, et nous avions conscience, également, de certaines lacunes qui existent encore dans notre organisation professionnelle. Nous avions à nous rappeler que nous ne sommes tous, pour ainsi dire, assimilés qu'au rôle de praticiens; qu'il n'existe pas, dans nos milieux d'enseignement ou dans nos services hospitaliers, de carrières ouvertes qui permettraient à des hommes spécialement doués de se consacrer exclusive-

ment à des études expérimentales, à ces recherches ou à ces travaux de laboratoires d'où découlent les progrès les plus marquants dans les sciences. Nous ne pouvions nous empêcher de tenir compte également du fait que les institutions qui concourent à l'oeuvre de l'enseignement médical français dans ce pays, ne relèvent que de l'initiative privée, et que les ressources mises à leur disposition sont, par suite, assez limitées ; elles ne reçoivent pas, ici, des autorités publiques, comme dans d'autres pays, on doit le dire avec regret, un appui matériel qui leur permette de donner la plus grande expansion à leurs oeuvres. Il n'est donc pas surprenant que ce projet de congrès scientifique ait pu paraître prématuré à plusieuas d'entre nous.

Mais nous avions la conscience, d'un autre côté, des progrès considérables qui se sont réalisés depuis quelques années dans nos principaux milieux : la fondation de journaux de médecine, le mouvement d'organisation des sociétés médicales, qui ont créé partout une émulation louable pour les études et les travaux scientifiques ; nous savions aussi quelles généreuses tentatives se font actuellement pour la réorganisation et le perfectionnement de l'enseignement pratique et hospitalier de la médecine dans notre pays. Il nous était possible d'entrevoir, aussi, que, dans quelques années, toutes les lacunes seraient comblées et que nous pourrions alors marcher d'égal avec les autres nations dans la voie du progrès scientifique.

Il a semblé au plus grand nombre qu'il valait mieux tirer profit de ce mouvement, et qu'il ne fallait pas attendre d'en être rendu au plein épanouissement que l'avenir nous fait espérer, pour tenter l'œuvre de ralliement et de concentration scientifique qui nous réunit aujourd'hui : il nous a paru, au contraire, que l'organisation de ces congrès, appuyés sur une coopération effective des sociétés médicales, serait précisément le moyen de

hâter la réalisation des progrès et des perfectionnements que nous entrevoyons pour un avenir rapproché.

Si nous ne pouvons nous flatter de l'illusion que les premiers congrès de notre jeune Association auront pour effet de marquer un pas décisif dans la science, ou qu'ils seront l'occasion de communications retentissantes qui fassent écho dans le monde scientifique, nous pouvons, du moins, prédire sûrement, qu'ils accompliront une œuvre utile pour la masse de nos praticiens, en faisant passer sous leurs yeux, pour ainsi dire, la synthèse des progrès les plus récents dans la science et l'art de la médecine.

Ces congrès périodiques, qui rapprocheront dans une même communauté d'idées tous les médecins de notre origine, serviront sans doute à détruire cet esprit d'individualisme dans lequel se confine trop souvent le médecin praticien et qui est aussi funeste à son avancement et au perfectionnement de son éducation que contraire au prestige et à l'influence de notre profession.

Pour ce qui est de l'appréciation anticipée de ce premier congrès auquel nous vous avons conviés, les nombreux travaux qui nous ont été adressés, et dont la plupart se rapportent aux sujets les plus d'actualité dans la médecine, nous permettent déjà d'affirmer qu'il aura un caractère scientifique propre à justifier toutes nos démarches. Et n'aurait-il eu d'autre avantage que celui d'avoir rassemblé dans un même esprit de confraternité, un nombre aussi imposant de médecins de notre nationalité, et de leur avoir donné l'occasion d'offrir un hommage de sympathie et de reconnaissance, digne des services rendus, à cette grande université nationale qui a contribué pour une si large part au développement de la médecine française au Canada, que cela en serait assez pour justifier ses promoteurs d'en avoir pris l'initiative et récompenser tous leurs efforts.

Il ne sera donc pas téméraire de dire que ce premier con-

grès des médecins de langue française, en Amérique, associé à la célébration des fêtes jubilaires de la première université française fondée sur ce continent, marquera une époque dans le développement de la médecine franco-américaine, comme les fêtes grandioses du cinquantenaire de Laval marqueront l'une des étapes les plus brillantes dans l'histoire de l'enseignement supérieur au Canada.

On voudra bien se rappeler que tous sont invités à apporter, dans l'analyse et la discussion des travaux qui seront soumis aux délibérations de ce congrès, le résultat de leurs observations personnelles et le concours de leurs lumières et de leur expérience.

Nul doute que de cet échange de vues et de cette mise en commun des recherches d'un chacun ressortiront des conclusions et des enseignements utiles à la masse des praticiens.

Outre ces travaux scientifiques, divers questions, concernant les intérêts professionels et la réorganisation de l'enseignement médical, seront encore soumises à votre considération. L'importance de l'étude de ces questions ne saurait échapper à votre attention, et nous avons la confiance que vous travaillerez, dans la mesure de vos forces, à la solution des différents problèmes qu'elles comportent et qui intéressent si vivement l'avenir de notre profession.

Les organisateurs de ce congrès n'ont pas voulu, non plus, négliger un autre côté d'intérêt pratique qui leur [illegible] offert [illegible] les expositions de produits pharmaceutiques, d'instru[illegible]tation chirurg[illegible]ale ou autres, et de librairie médicale.

Nous devons à la bienveillante générosité des autorités de cette Université d'avoir la bâtisse complète de l'École de Médecine, pour ces exhibitions. Le Comité, chargé de cette organisation, a cru devoir faire aux exposants diverses suggestions

afin que chaque installation soit ordonnée de manière à réaliser autant que possible une leçon de chose.

En parcourant ces diverses installations, vous verrez passer sous vos yeux, comme dans une synthèse, toutes les accomodations qui correspondent à une exigence dans la pratique, aux interventions d'urgence, et tout le matériel qui ajoute un complément ou réalise un perfectionnement dans les moyens de l'art de guérir. Nous ne saurions donc manquer de vous inviter à donner à cette exposition une part de votre attention, en dehors des séances du congrès.

En remerciant de nouveau les personnages distingués qui ont bien voulu venir rehausser de leur présence l'éclat et la solennité de l'ouverture de ce congrès, il ne me reste, Messieurs, qu'à vous exprimer mes meilleurs souhaits pour le succès de vos travaux et de vos délibérations.



LE BANQUET

La grande salle à diner du Château Frontenac présentait un aspect féérique avec ses mille gerbes de lumières électriques et ses immenses tables richement pourvues de tout ce qui puisse se désirer en fait de primeurs de la saison. Au fond, en arrière de la table d'honneur, se voyait, sur drapeaux français, anglais et américains entrecroisés, un écusson représentant la devise de l'Association des Médecins, entouré de lumières électriques aux couleurs françaises ; de chaque côté de la salle des lumières disposées en forme d'étoile, et en entrant une superbe croix de Malte.

A la table d'honneur le président de l'Association, le docteur Brochu, avait à sa droite le consul général de France; Mgr. Mathieu P. A., C. M. G. ; M. Amédée Robitaille M. P. P., ; le docteur L. J. A. Simard ; Sir William Hingston ; l'abbé Bourassa, secrétaire de l'Université Laval à Montréal ; le docteur A. G. Belleau et quelques autres. A gauche du président se trouvaient M. Stocking, vice-consul américain ; M. Rodolphe Lemieux, M. P. ; M. Thamin, de l'Université de France ; le Maire suppléant, M. Georges Tanguay, M. P. P. ; les docteurs Coyteux Prévost, d'Ottawa ; L. J. V. Cléroux de Montréal ; [illegible] J. Ahern, de Québec ; A. LeSage, de Montréal ; Arthur Simard et Chs. Verge, de Québec ; J. G. Camirand, Bachand et P. Pelletier, M. P. P., de Sherbrooke ; J. C. S. Gauthier, d'Upton, et autres.

Le menu auquel les convives avaient à faire honneur était digne du Frontenac.

Après l'assaut livré aux mets, pendant que l'orchestre faisait entendre ses accords mélodieux, le président se lève et propose la "Santé du Roi" qui est saluée par l'exécution de l'hymne "Dieu sauve le Roi" par les assistants et l'orchestre.

Le docteur Arthur Simard porte ensuite la Santé de la France dans le discours suivant :

M. le Président,

Messieurs :

Je me lève pour vous demander de boire à la France.

Sur ce coin de terre autrefois français, dans cette vieille ville la plus française encore de toute l'Amérique, dans cette assemblée de médecins de langue française, notre ancienne mère patrie la France, a des droits acquis, ce me semble, à notre souvenir, à nos hommages.

Pour nous tous, canadiens-français, boire ce soir à la France, n'est pas pure expression de politesse banale, conventionnelle, c'est reconnaître et célébrer les grandes actions qu'elle a faites, les idées généreuses qu'elle a propagées, les mouvements de progrès dont elle a été l'instigatrice parmi les peuples.

En effet, enlevez à l'histoire l'action de la France, retranchez de la civilisation européenne ce qu'elle en a fourni, et vous verrez quel vide immense s'y produirait.

Et vous le savez, la race française n'a pas borné son rôle civilisateur aux seules contrées de l'Europe. Elle l'a étendu et le continue encore aujourd'hui aux pays meurtriers de l'Asie, comme aux peuples qui habitent sous le ciel brûlant de l'Afrique, comme aux immenses régions de l'Amérique.

Puis, pour la générosité de la France, c'est trop peu de donner au monde les commencements de la civilisation. Elle sait parfaire son oeuvre, elle tient à faire honneur aux devoirs qui incombent à toute race supérieure, en dirigeant le mouvement intellectuel dans l'univers entier.

Et c'est pour cela que nous voyons, chaque année, traversant tous les continents, ses poètes et ses artistes, ses orateurs et ses économistes.

Ce sont des hérauts qui font connaître partout le nom de la France, son culte de la science et de l'idéal dans les arts, et qui donnent à son influence sociale une prépondérance qu'aucune nation n'a pu espérer atteindre.

Il y a des siècles déjà, l'éclat des lettres et des arts français mettait la France à la tête de l'Europe.

Aujourd'hui, dans le domaine scientifique qui nous touche plus directement, elle n'a pas été inférieure à elle-même.

C'est à la science médicale française, en effet, que revient l'insigne honneur d'avoir donné au siècle, qui s'enfonçait hier dans les ombres du passé, sa note caractéristique.

L'humanité a récompensé ses travailleurs, la longue série de ses savants assoiffés de découvertes, en l'appelant le siècle de Pasteur.

Aussi, dans toute fête intellectuelle, dans toute réunion pour l'avancement et la diffusion des connaissances humaines, la science française a droit à la place d'honneur, et le méconnaître ce serait ignorer le développement et l'évolution séculaire du savoir humain à travers le monde.

Le médecin canadien de langue française a, plus que tout autre, des raisons de se réjouir de l'influence qu'exerce l'esprit français dans les arts et dans les lettres, comme dans le domaine scientifique. N'est-il pas le fils de cette France qui a creusé sur

les bords du Saint-Laurent d'immortels sillons, d'où est sorti le peuple canadien ?

Fidèle à ce souvenir, ce peuple a conservé une nationalité pure de tout alliage, bien distincte par ses goûts et son génie propre, par sa conception de l'avenir, enfin par son attachement inaliénable à son ancienne mère-patrie, au point qu'il en est, comme la continuation, le prolongement sur la terre d'Amérique.

De là pour lui, le précieux privilège d'être, comme peuple, l'héritier intellectuel de cette grande nation qui a maintenu dans le monde le culte de l'art, de la noblesse d'esprit, des sentiments les plus généreux de la nature humaine, et il est fier de son héritage.

Il est resté attaché à ce flambeau qui a éclairé toute sa civilisation : il veut continuer d'en être un des rayons, d'autant plus vivace qu'il doit éclairer un plus vaste espace.

Voilà pourquoi le médecin canadien de langue française, qui n'a jamais songé à se déshériter, est devenu le représentant de la science médicale française en Amérique, plus conforme d'ailleurs à ses goûts, à ses aptitudes et à son génie latin ; voilà pourquoi aussi, il m'est si agréable ce soir, de vous demander de boire à la France.

Au reste, il est bien difficile qu'il en soit autrement, car la nation canadienne, à plus d'un point de vue, compte encore dans la patrie française.

Le français qui aime son pays et voudait le voir grand parmi les nations, s'afflige parfois, en parcourant des yeux la carte de l'univers, d'y trouver trop peu de ces colonies par lesquelles se propagent sa langue et ses mœurs, de ces colonies que les anglais, eux, ont semées autour du globe et dont ils sont à bon droits si fiers.

Sur quelques points pourtant le patriote français peut avec fierté arrêter ses regards.

La France a donné naissance à de jeunes peuples qu'elle peut revendiquer avec orgueil, et parmi eux, ce Canada Français, qu'a méprisé Voltaire mais qui, néanmoins, est resté fier de son ancienne mère Patrie.

Définitivement séparé d'elle par les liens politiques, il lui demeure uni par les liens plus forts de l'histoire et du patriotisme.

Car la colonie n'est pas là seulement où se trouvent l'Hôtel du gouverneur et la caserne ; la colonie est là où est le peuple, et si le peuple est français, quels que soient les liens de protectorat politique qui l'attachent à une autre nation, c'est là, dans le vrai sens du mot, une colonie française.

Les liens de la communauté de sang et de la communauté de langue sont plus forts que ceux des bannières politiques ; et s'il est vrai que, d'une façon apparente ou cachée, l'histoire politique toute entière est subordonnée à l'histoire ethnographique, dans cet éternel combat toujours renouvelé et jamais fini, c'est pour l'expansion de l'idée française que lutte la nation canadienne.

Oui, notre mission, et nous le disons avec orgueil, c'est de remplir en Amérique, nous, peuple de sang français, le rôle que la France a si admirablement joué en Europe : assurer le maintien et la diffusion de notre belle langue, augmenter l'influence de l'esprit français, en restant ce que nous sommes, en continuant à chercher notre avenir dans la direction de notre propre histoire, et en sachant tirer de notre fond latin, sinon toujours la nature, du moins la forme et le principe de nos progrès.

Et c'est pourquoi, disséminés sur un vaste territoire, au milieu de peuples d'origine différente, nous avons toujours résisté

à toute idée de fusion qui aurait comporté l'abandon de notre langue et de notre individualité propre.

D'ailleurs, comme l'a dit Arvède Barine : " chaque race a son génie propre qui la guide, et il est rare qu'une nation trouve son compte à emprunter la route du voisin. "

Aussi, sur cette terre neuve, toute prête à recevoir chaque impression nouvelle, à se vivifier de tout labeur et de tout effort, le peuple canadien travaille à la fondation d'une nation.

Il a confiance de la faire grande et forte, et cette nation, il aime à le dire et à le répéter à tous les échos de la renommée, cette nation ce sera la France américaine.

Et si plus tard, dans l'avenir des siècles, quelqu'un osait dire : la France est morte,

On entendrait là-bas de leur voix mâle et forte
Nos enfants, relevant le drapeau des grands jours,
Crier au monde entier : La France vit toujours.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire la réponse de M. Kleczkowski qui profita de l'occasion pour faire un bel éloge des Canadiens-français. M. le Consul ajoute qu'il n'est pas médecin pas même client, grâce au climat du Canada.

M. Thamin, de l'Université de France, répond aussi à cette santé.

Monsieur le président,

Messieurs :

Je vous remercie de l'occasion que vous me procurez de porter de nouveau la parole dans ces salles canadiennes, qui ont vraiment un acoustique extraordinaire, surtout quand c'est un Français qui parle, et de m'adresser à des gens qui mettent tant de choses dans leur simple façon d'écouter.

Je suis heureux en particulier de parler devant des savants, devant des médecins. Vous êtes, messieurs, une des grandes

puissances morales de ces temps. Car si de tout temps, comme on le rappelait hier, la guenille a été chère à l'homme, aujourd'hui seulement l'hygiène privée et publique a été élevée au rang de devoir individuel et social ; et de cette morale nouvelle vous êtes à la fois les apôtres et les législateurs, sans compter que vous êtes le secours suprême pour ceux qui en ont enfreint les prescriptions.

Je vous félicite d'autant plus d'avoir tenu, par l'organisation de cette Société, à ajouter au bon renom français, dans ces contrées, l'autorité croissante dont vous jouissez, à lui avoir ajouté le prestige que donne la science, et d'avoir associé au culte du sang français la reconnaissance qu'attache au cœur du malade le soulagement, la guérison que vous lui apportez quelquefois. S'il est vrai de dire que la science n'a pas de patrie, on a eu raison d'ajouter que les savants en ont une. Si d'ailleurs la science médicale avait une patrie, c'eût été, dans le siècle qui vient de finir, la patrie française. Elle doit à la France, puisqu'elle doit à Claude Bernard, le renouvellement de ses méthodes ; elle lui doit d'avoir pris rang parmi les sciences expérimentales. Elle doit à la France, puisqu'elle doit à Pasteur, des découvertes qui ont changé sa face et lui ont fait faire plus de progrès en 20 ans qu'elle n'en avait fait en 2000. Et, oserai-je di e, sans craindre de vouloir naturaliser françaises toutes les gloires de votre profession, qu'elle doit à la France Lister lui-même, puisque ce grand Anglais a mis tant de bonne grâce à saluer en Pasteur son maître.

Mais votre art a un caractère français encore, parce que vous y mettez de votre cœur, répudiant les attitudesde froideur hautaine et de dogmatique indifférence. Vous ne sauriez être froids et indifferents en parlant français. Et j'invoquerai ici encore la pure et glorieuse mémoire qui hante en ce moment ma pensée, comme elle domine, j'en suis sûr, toutes les séances de

votre congrès. Dans les dernières années de Pasteur et ses derniers travaux, son génie scientifique ne s'est-il pas couronné de tendresse et d'humaine pitié. Le bon médecin, ami de son malade, conseiller toujours écouté avec déférence, sinon toujours obéi, hôte du foyer même quand on n'y a pas besoin de ses ordonnances, et quoiqu'il n'y apporte que le sel de sa robuste franchise, est une des figures populaires de notre littérature.

Vous continuerez, messieurs, et c'est un des effets assurés de votre Société, cette tradition française. Vous en inspirerez vatre pratique quotidienne comme vos travaux de recherche, et dois-je vous en remercier davantage comme Français ou comme homme de cette féconde association de deux choses bien françaises, mais dont l'association est plus française : encore la science et la bonté.

Je bois à la science française, à la langue française, et aux médecins ici présents. Q'ils parlent aussi bien l'une qu'ils pratiquent l'autre.

"Au Canada" fut ensuite proposé par le docteur F.-X. Jules Dorion, de Québec, et M. Rodolphe Lemieux, député de Gaspé au fédéral, se fit l'interprête du Canada dans un éloquent discours durant lequel il paya un tribut d'éloges à feu Sir Adolphe Chapleau, le grand tribun populaire.

Le docteur Armand Bédard, de Lynn, Mass., était chargé de présenter la "Santé à la Province de Québec".

Monsieur le Président,

Messieurs,

L'on ne peut pas définir le sentiment délicat, si essentiellement inhérent à la nature humaine, qu'éveille l'idée de patrie pas plus que l'on ne peut décrire les sensations du retour, après

une absence de plusieurs années, surtout quand ces années, vécues sur un autre sol, ont été celles de la transition de la jeunesse à l'âge mûr.

A cette émotion indéfinissable s'ajoutent, le charme du souvenir, l'évocation des jours d heureuse insouciance et des effusions poétiques, et celle des illusions si caressées, dont le départ devait assurer l'infaillible réalisation.

Et le retour sur la scène, où se sont déroulés tous ces petits drames de jeunesse, qui nous semblent pourtant à cette époque de la vie, si réels et parfois même. si poignants ; le retour, sur cette scène, à un âge où il ne reste plus, de toutes ces illusions, que l'ambition qui en est encore une, ou bien une saine et philosophique contemplation de l'existence, ce retour, dis-je, les fait revivre toutes en une minute fugitive, d'une très douce mélancolie.

Aussi, je n'essaierai pas de vous dire ce que j'ai éprouvé en revoyant les vieux murs crénélés de Québec qui, seuls, semblent avoir résisté à l'impitoyable métamorphose que le progrès moderne a fait subir à la vieille cité. Je l'aurais à peine reconnue si son site incomparable n'en faisait pas, même pour ceux, qui n'ont pas eu, comme moi, le grand honneur d'y naître, un coin de terre inoubliable. Et depuis mon arrivée, je suis hanté du désir de revoir Québec en hiver, de me faire fouetter le sang, de l'air glacial, âpre mais tonifiant que j'ai toujours regretté, de revoir enfin, "c'est une obsession me délivrera peut-être", de revoir ces énormes bancs de neige québecois, dont on n'a pas d'idée ailleurs.

Le sort nous a fait naître, nous Canadiens-français, sur une terre qui est nôtre, en vertu des lois de la possession première, et dont aucune conquête ne pourrait nous déposséder, et tous, certes, compatriotes de la Province de Québec, vous êtes ici chez vous.

Mais poussés, par la perspective d'une vie plus facile, ou par celle de richesses, que la distance magnifiait considérablement, et peut-être aussi par cet esprit d'aventure, hérité de leurs rudes aïeux, colons et pionniers d'outre mer : un grand nombre, autant et peut-être plus qu'il n'en reste ici ont, depuis un demi-siècle, débordé sur le pays voisin, si bien qu'une chaîne ininterrompue de groupes canadiens-français, relie l'Est à l'Ouest du continent Américain, et la Province de Québec aux confins de l'Etat de New-York.

Ils sont là, comme tant d'autres, en ce grand pays cosmopolite. luttant pour la vie, élaborant l'avenir de la race, à côté d'éléments que l'Américanisme a vite fait d'englober, et comme vous en ce pays restant toujours et partout français.

Et leur migration en un pays contigu à la vieille province française qui fut leur berceau, migration dont l'histoire n'offre peut-être pas de parallèle, semble donner raison aux optimistes dont je suis, qui croient que la race française doit, un jour, jouer un rôle prépondérant sur le continent américain.

Ces Canadiens émigrés accomplissent inconsciemment l'œuvre providentielle, le grand rôle, que l'Etre Suprême leur a assigné. Ils ne font qu'agrandir la patrie, reculer ses bornes, pour augmenter d'autant son prestige et son influence.

Quand l'on s'arrête à penser à ce mouvement, messieurs, quand l'on considère que dans la Nouvelle-Angleterre, et l'Etat de New-York seulement, il y a au-delà d'un million de Canadiens-français ; qu'il y a des villes considérables où la majorité est canadienne, où l'on parle le français, comme dans les rues de Québec, où le sentiment patriotique est d'une intensité extraordinaire. Quand l'on voit les autres éléments perdre en une ou deux générations leurs caractéristiques de race, et celui-ci se refuser toujours, comme ses ancêtres l'ont fait ici, à l'Anglo-

Saxonisation, cet optimisme est de bon aloi, cette foi en l'avenir n'est plus l'utopie d'un visionnaire.

Des évènements extraordinaires et très significatifs, messieurs, ont bouleversé le monde en ces dernières années ; et je ne crois froisser aucune susceptibilité, et une loyauté que je respecte, en posant en axiome général que : Il est des échecs moraux dont les nations, pas plus que les individus, ne relèvent jamais,et que le déploiement d'un faste royal presqu'inouï, ne saurait faire oublier ; et les guerres, quelle que soit la pensée qui ait présidé à leur déclaration, ont parfois des conséquences dont la postérité seule pourra juger la portée, mais que les esprits clairvoyants peuvent toujours supputer.

Ainsi, la guerre hispano-américaine a enlevé à l'un des vieux pouvoirs européens les derniers vestiges d'une grandeur qui, il y a trois siècles, n'avait pas d'égale ; et les Etats-Unis, dont l'extension, jusqu'ici, ne s'était faite que par l'acquisition de territoires contigus, sont devenus d'emblée possesseurs d'importantes colonies.

Cette nouvelle orientation de la politique américaine est une volteface, un abandon complet des principes constitutionnels qui limitaient formellement l'expansion du pays à ses confins naturels, et les Etats-Unis qui, jusqu'ici, s'étaient contentés de rivaliser avec le monde sur le terrain du commerce, deviennent l'un des grands pouvoirs avec lequel les autres nations doivent maintenant compter.

Les Etats-Unis auront dorénavant leur mot à dire, devront être consultés, quand les grandes nations qui colonisent, projeteront d'habiles et savantes combinaisons, pour s'accaparer de nouveaux territoires.

Notre pays d'adoption a des ressources extraordinaires, des richesses illimitées, une audace que la fortune favorise toujours, un bonheur presqu'insolent. Il est dans la période d'ascension,

ascension rapide, brillante, que rien ne semble arrêter, et dont l'histoire n'offre pas d'équivalent.

Je n'ai pas l'intention de discuter ici la sagesse de cette expansion coloniale, l'on sait que les vues sont très partagées sur cette question ; mais ce qu'il faut bien admettre, ce que personne ne peut nier, c'est que quels que soient les facteurs qui aient amené ce résultat, que ce soit la demonstration de leurs merveilleuses ressources en cette dernière guerre, ou que ce soit l'acquisition de ces nouveaux territoires, il est un fait acquis, les Etats-Unis ont tout d'un coup accaparé l'une des places prépondérantes dans le concert des nations.

En somme, l'histoire ne fait que se répéter, Carthage, Athènes, Rome, ont tour à tour perdu leur sceptre, et, si l'on ne peut attribuer leur chute aux mêmes causes, il en est une qui leur est commune, l'abus de la puissance, la folie des grandeurs.

Et nous voilà donc, nous Canadiens-français des Etats-Unis, autrefois sujets du plus grand empire du monde, maintenant citoyens du pays qui semble appellé à recueillir cet héritage de grandeur et de puissance, pays anglo-saxon d'origne, comme le premier, mais maintenant d'un cosmopolitisme qui embrasse toutes les races du globe, et dont les éléments hétérogènes jouissent des mêmes prérogatives que les fils du sol.

Je n'ai peut-être pas qualité pour juger, messieurs, il est d'ailleurs toujours présomptueux d'escompter l'avenir, mais il est permis de s'appuyer sur le passé, et d'apprécier les conditions suivantes.

L'on ne saurait trop le répéter, nous Français d'Amérique, avons des droits inaliénables sur le sol d'Amérique : ce sont des Français qui ont exploré, ouvert à la civilisation non seulement le Canada, mais tout l'Ouest de ce continent. Et par une étrange inversion des choses, c'est le littoral de l'Est, est cette Nouvelle Angleterre, à peu près la seule partie du

continent américain colonisée, dès l'abord, par des anglo-saxons, que les Canadiens ont choisie de préférence pour théâtre de leur toujours pacifique mais toujours envahissante migration.

C'est là, sur cette terre qui, dans la pensée de ses premiers colons, devait être le château fort du puritanisme anglais et de l'intolérance religieuse, ces Français s'implantent et croissent, et qu'ils adorent Dieu dans leur langue sous les voûtes de temples catholiques. Ah ! comme ils doivent parfois tressaillir ces rigides puritains, si, de leurs froids mausolées, il leur est donné de contempler ce spectacle.

Et la chaîne va toujours se resserrant, le flot monte toujours, et si l'émigration de la province de Québec ne vient pas, comme autrefois, le grossir de son apport annuel, il n'a peut-être besoin en somme d'aucun autre tributaire, que notre merveilleuse natalité.

Et c'est un citoyen de cette grande république, autrefois sujet britannique, mais toujours et avant tout français, qui vous propose de boire à la vieille province française d'Amérique.

C'est un fils absent, mais non pas perdu, un fils qui a conservé la sainte religion du souvenir, un homme qui a l'illusion qu'en portant le front haut, en acceptant la lutte dans la sphère où il se meut, avec les éléments parmi lesquels il lui faut vivre, il peut aider un peu au triomphe ultime de la collectivité canadienne française. Ah! messieurs,quand, emporté par l'enthousiaste imagination du rêveur, que le réalisme professionnel n'a pu tuer en moi, j'évoque le grand passé de notre petit peuple, son merveilleux développement au sein de l'oppression, ses profondes attaches à la noble race d'où il est sorti, j'entrevois en une vision lumineuse son brillant avenir, je vois avec une intuition qui me semble à moi prophétique, la vieille province de Québec, devenue le centre d'une civilisation uniquement française.

Et de ce centre, je vois s'irradier d'innombrables groupe-

ments, toujours Canadiens, toujours français, je les vois se donner la main par dessus la ligne imaginaire qui les sépare aujourd'hui, je vois les liens se resserrer, toujours, je les vois travailler ensemble, à l'œuvre de l'unification française sur ce continent, que vous, médecins de la province de Québec, avez eu l'heureuse inspiration de commencer.

Nous sommes les représentants en Amérique, d'une civilisation de quinze siècles, fait unique dans l'histoire, et si les conditions climatériques ont quelque peu modifié notre tempérament, elles n'ont certes pas modifié la race. Car j'entendais cet hiver un philosophe français de réputation internationale le proclamer devant un auditoire Anglo-Saxon de Boston. Ce sont les traditions qui font les races, bien plus que le sang, et les traditions françaises, nous Canadiens-français, les avons pieusement conservées.

Lentement élaborée, l'élite intellectuelle sortie de ce petit peuple, s'appuyant sur cette jeune et vigoureuse démocratie, donnera avant longtemps expansion au génie de la race de par le monde. Et cette plante d'outre-mer, transplantée sur ce sol vierge, rivalisera peut-être de beauté et de grandeur avec la tige mère. Elle étend déjà ses ramifications bien au-delà des limites qu'on lui avait d'abord assignées, mais ses racines que baigne le majestueux St-Laurent sont profondes et vivaces, et elles fourniront de longtemps encore les sucs vivifiants aux rameaux qui ont traversé la ligne quarante-cinquième.

Et je bois à la vieille province française d'Amérizue, à la grande nationalité dont elle fut le berceau et qui, partout où elle se trouve, fait revivre non seulement l'esprit et la langue, mais toutes les belles qualités chevaleresques de la race !

Réponse par M. Amédée Robitaille M. P. P.

Monsieur le Président,

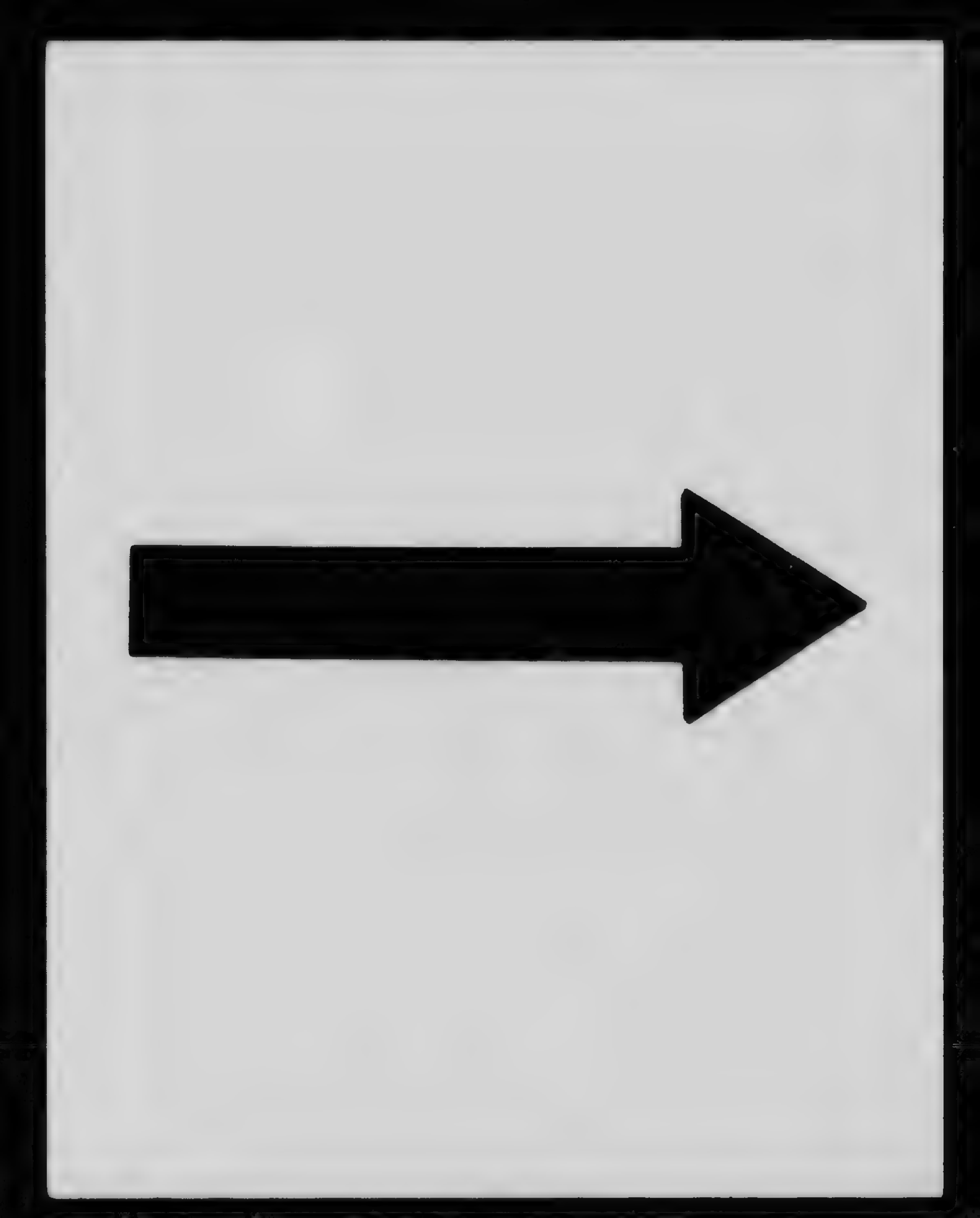
Messieurs :

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier pour l'honneur que vous voulez bien me faire, en m'invitant à répondre au toast "A la province de Québec". Je regrette, pour vous et pour moi, que le brillant orateur que vous avez entendu à votre première séance du congrès, n'ait pu se rendre à ce banquet. Il vous aurait donné une réponse bien plus éloquente et bien plus autorisée que la mienne.

Mais je crois que je serai l'interprète fidèle des sentiments de la province de Québec, en vous disant combien elle applaudit à l'organisation de votre association et au succès de votre congrès.

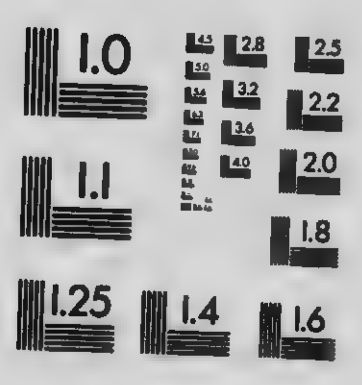
La province de Québec ne saurait trop apprécier en vous des citoyens qui consacrent leur vie au soulagement des souffrances physiques. Dans le médecin, elle possède le citoyen qui offre la plus haute et la plus forte garantie de moralité, de dévouement et de science, et qui exerce une bien grande influence sur la société, par ses lumières, son dévouement, ses services. Partout où la douleur physique l'appelle, le médecin accourt. Pour lui, pas de repos, pas d'heures livrées à l'oisiveté. Plus que cela, ce sacrifice matériel ne satisfait pas son âme ; il n'hésite pas à faire le sacrifice de sa vie, s'il lui est demandé.

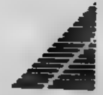
Comme il est beau, le rôle du médecin, lorsque ces maladies mystérieuses, vrais fléaux du ciel, tombent sur l'humanité ! Voyez-le, comme il se prodigue, comme il est infatigable et comme il est bien l'auxiliaire de cet apôtre de Dieu, le prêtre, de la noble religieuse, cet ange de consolation, qui luttent avec



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





lui, eux pour fortifier et sauver l'âme, lui pour sauver le corps et vaincre le fléau !

L'un des vôtres, surnommé le Nestor de la médecine allemande, a donné la formule suivante de votre existence : " Le médecin doit sacrifier non seulement son repos, son avantage personnel, les commodités et les agréments de la vie, mais encore sa santé et son existence, et même au besoin, son honneur et sa réputation."

Oui, même sa réputation, ce patrimoine que tout homme d'honneur tient par-dessus tout à transmettre à ses enfants. Vous vous apercevez qu'il n'y a qu'un seul moyen de sauver le malade, mais ce moyen est douteux, que dis-je, il est dangereux, au point que l'enjeu en est la vie d'un homme. Si vous ne réussissez pas, le public ne manquera pas d'en rejeter la responsabilité sur vous. Eh bien ! dans cette alternative qui épouvante, vous n'hésitez pas, et, pour sauver la vie de votre semblable, vous risquez tout, vous risquez votre réputation, ne cherchant votre récompense que dans la satisfaction du devoir accompli.

Vous suivez à la lettre cette ligne de conduite que vous donne le célèbre médecin que je vous citais, il y a un instant :

"En général, ne songe jamais à toi, mais pense uniquement aux malades. La plus haute mission de l'homme, après celle du service des autels, est d'être prêtre du feu sacré de la vie, c'est-à-dire, d'être médecin. Crois tu que, quand un jour tu paraîtras devant le trône de l'Éternelle Vérité, on te demandera d'après quel système tu as agi, si tu es resté fidèle à celui que tu avais embrassé, si tu lui as fait honneur ? Non, il te sera dit : Je t'avais confié, pour le bien de tes semblables, les forces merveilleuses déposées par moi dans la nature et dans ses produits à quoi les as-tu employées ? Est-ce au salut du genre humain, avec reconnaissance et adoration ; ou bien, est-ce au profit de ta réputation et de ta fortune ? Dans toutes tes études, dans toutes

tes actions, as-tu en vue la vérité, le bien de tes frères ou ton intérêt personnel ".

Messieurs, pour s'élever à ce haut degré de perfection qu'on exige de vous, il vous faut chercher votre appui plus haut et plus loin que sur cette terre Il vous faut de profondes convictions religieuses pour entretenir toujours vivace ce feu sacré du dévouement déposé dans vos coeurs.

Il ne suffit pas à l'Etat d'admirer les sacrifices de ses citoyens, l'un de ses devoirs est de les aider, de leur donner protection, de faciliter l'accomplissement de leur mission. A cette fin l'Etat fournit un moyen d'action coopérative. Le devoir de l'Etat est de plus, par de bonnes lois concernant l'hygiène, de donner aux autorités constituées un moyen puissant, préventif et défensif, pour combattre les maladies contagieuses.

Le Parlement provincial n'a pas hésité, l'année dernière, à inscrire dans ses statuts. une loi générale d'hygiène, loi comme toutes celles dictées pour le *salus populi*, rigide et peut-être arbitraire, mais que tous les bons esprits acceptent, comprenant que le salut de tous mérite bien le sacrifice de certaines libertés.

J'estime que cette loi nous a été d'un précieux secours, lorsqu'il y a quelques mois à peine, nous avons été ménacés de l'épidémie de la variole. Cette loi n'est peut-être pas parfaite, rien ne l'est ici-bas ; mais s'il y a lieu de la perfectionner, vos bons conseils, dictés par l'expérience, recevront toujours le meilleur accueil.

Messieurs, je ne puis terminer sans dire un mot des inoubliables fêtes auxquelles nous venons tous de prendre part. L'âme canadienne-française, plus que jamais, s'est affirmée, et dans cette grande démonstration nationale de lundi, où tout un peuple prosterné au pied de l'autel du Dieu vivant, auprès de la statue de Champlain, affirmait sa foi, sa fidélité a toutes les traditions à toute la civilisation qu'il tient du

catholicisme et de la vielle France, et dans cette fête de Laval, notre *alma mater*, si belle, si gracieuse, portant sur son front la triple couronne de la vertu, de la science et du dévouement. Non, jamais nous n'oublierons ce que nos yeux ont vu, ce que nos oreilles ont entendu, que nous coeurs ont éprouvé. Et, pour couronnement à cette fête, vous posez les bases d'une association appelée à jeter un prestige nouveau sur notre nationalité canadienne-francaise.

La Province de Québec vous en remercie. Elle sait que votre association va devenir une école d'émulation, que votre légitime ambition est de briller au premier rang. Et si, Dieu nous en garde, l'un de ces fléaux qui, de temps à autres, viennent visiter les peuples fondait sur nous, elle sait qu'elle verrait alors tous ses enfants d'origine francaise et d'origine anglaise ou irlandaise, lutter ensemble avec l'ardeur et la tenacité propres à leur race, sur ce champ de bataille de la charité et du dévouement.

A la santé de la 'Ville de Québec", proposée par M. le docteur Foucher de Montréal, M. Geo. Tanguay, maire suppléant, en l'absence de l'honorable S. N. Parent, répondit par le discours suivant :

Monsieur le Président,

Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur d'être appelé à répondre dans une réunion comme celle-ci au toast porté à la cité de Québec. Ce serait bien le moment de faire assaut de courtoisie et de vous dire qu'en venant ici tenir, avec un succès éclatant, votre premier congrès, vous avez fait de nous vos débiteurs et que vous avez ajouté un fleuron à la couronne d'oeuvres et de triom-

phes intellectuels dont s'enorgueillit la cité de Laval et de Champlain.

Vous voulez que je vous parle de la santé de Québec : mais, messieurs, vous renversez les rôles. Ce serait plutôt à moi de vous en demander des nouvelles, à vous qui, depuis trois jours, au nombre de trois cents montez ici la garde, empêchant d'entrer chez nous la maladie et la mort. Votre présence en si grand nombre est le plus éloquent témoignage rendu à l'état sanitaire de notre ville, quoi qu'en aient dit des malins, des myopes sans doute, qui ont parlé sans voir d'au-delà de la ligne 45e. Il y a plus, messieurs, grâce à vous, nous voilà indemnes pour longtemps de toute maladie, car votre armée a mis tous les microbes en déroute.

J'avais, avant d'entrer, une bien vive préoccupation, mais elle s'est envolée devant les regards de convoitise aimable que vous jetiez comme moi tout à l'heure sur ces mets succulents. Je m'étais figuré que nous venions ici faire la diète. Jugez combien grande a été ma surprise, en voyant avec quelle ardeur vous avez commencé l'attaque et complété l'assaut.

Evidement, la médecine est en progrès. Aux pouvoirs redoutables que, si crois Molière, vous confère le diplôme, qui parle, dit-on, de *medicandi*, *d'occidenti*, et que sais-je, vous en avez ajoutez un plus agréable, au palais surtout : celui de *prandendi impune*, pouvoir de faire diner impunément, à condition toutefois que l'on soit en la compagnie des membres de la docte faculté, comme cela arrive ce soir.

Si je commence par un badinage, n'allez pas croire, messieurs, que cela implique chez moi un manque de confiance ou de respect pour la noble science que vous représentez ; et bien mal venu serait celui qui refuserait de lui rendre hommage. Les fondateurs de notre pays n'ont pas manqué d'assurer à nos débuts la protection du médecin digne de son art par la science et

par le dévouement ; de Robert Giffard à Michel Sarrasin et jusqu'à nos jours, une longue suite de médecins s'est formée aux grandes écoles médicales de la France, plus tard à celles de l'Angleterre et des Etats-Unis, plus récemment à celles de la France, encore, et leur science et leur talent n'ont cessé de trouver de dignes continuateurs.

C'es leur oeuvre [illegible]ente et laborieuse que vous êtes venus consolider parmi nous dans ce congrès. Non contents d'entretenir et d'aviver le feu sacré, vous avez voulu allumer ici un flambeau puissant qui projettera au loin sa lumière, éclairera pour ainsi dire la route, pour permettre la concentration des études et des efforts dans un concert harmonieux. Ce flambeau, messieurs, vous songez à le transporter de ville en ville, afin de populariser votre oeuvre et de conquérir des adhésions et des sympathies. Eh bien, soit ! Messieurs, allez, si vous le voulez bien, en 1905, en 1906, tenir vos congrès au loin.

Mais, en 1908, il faudra revenir à Québec, et je vous y invite, car il faudra vous joindre à nous pour célébrer le troisième centenaire de la fondation de notre ville. Ce jour-là, nous ferons l'apothéose de Champlain et de Laval, et pour cela nous convoquerons ici toutes les forces vives de la nation.

Permettez-moi de prendre avantage du fait que ce toast à Québec a été si chaleureusement proposé par un médecin éminent de Montréal, pour dire que nous ne sommes ni des envieux ni des jaloux ; nous voulons qu'une noble émulation règne entre les grandes cités dont le Canada s'honore, Dans cet âge des syndicats, des combinaisons à outrance, nous voulons, comme l'a dit récemment Son Honneur le maire Parent, "qu'elles forment entre elles une société en commandite illimitée qui s'appellera Québec, Montréal, Toronto, Ottawa, Halifax, Saint-Jean Sydney, Winnipeg et Vancouver", et que, unissant leurs efforts dans une rivalité joyeuse et sans amertume, elles travaillent tou-

tes ensemble à accroitre notre richesse nationale. Car le jour où nous aurons développé dans toute leur ampleur les avantages de notre grande route commerciale du St-Laurent et les espérances de notre gigantesque réseau de chemins de fer, les ports actuels du Canada suffiront à peine à recueillir la moisson immense du commerce canadien.

Nous disons volontiers avec Horace, en le travertissant un peu : Nos ancêtres québecquois durent aimer les camps, le son de la trompette et les combats détestés des mères." La paix nous a fait aimer les champs, dédaigner les couronnes frivoles que recueillent les vainqueurs dans les luttes des cirques et dans les amusements profanes. Nous n'avons peut-être pas assez dirigé nos efforts vers cette poursuite ardente et sans trêve qui pousse les hommes et les villes de notre temps à entasser dans leurs greniers d'abondance les trésors des Lybies modernes. Nous avons toujours eu une préférence marquée pour les choses de l'esprit "pour la couronne de lierre qui orne le front des penseurs et des poètes".

Nous avons enfin trouvé un moyen de tout concilier. Nous laisserons s'élever, au plutôt nous aiderons à bâtir autour de nous, mais dans la plaine et sur la rive même de notre beau St Laurent et sur les bords de la rivière Saint-Charles, la ruche des abeilles de l'industrie dont le travail fructueux nous assurera les douceurs de la médiocrité dorée chantée par le poète.

Aux choses de l'esprit, nous ouvrirons toutes grandes les portes de notre enceinte fortifiée et de notre citadelle, reliques du passé, mais auxquelles nous tenons, même dans cette ère qui ne connaît plus, chez nous, que les arts de la paix. Autour de notre Université nationale, nous rallierons tous ceux que consume l'ambition d'apprendre et de savoir, et qui, comme les aigles, aiment à se bâtir un nid tranquille sur les sommets inondés de lumière. Loin des bruits troublants, en face de nos vastes ho-

rizons, de nos paysages inspirateurs, et sous la brise caressante qui règne toujours sur les hauteurs, ils trouveront ici, avec le temps, une ville modèle, ornée de tous les perfectionnements du progrès moderne. Nous demanderons aux ressources de l'asphalte le moyen d'adoucir les pentes trop abruptes, d'aplanir nos rues, afin que les penseurs et les philosophes ne se heurtent pas à la pierre roulante du chemin, pendant que leurs regards seront absorbés dans la contemplation du ciel. Sur nos places s'élèveront des fontaines merveilleuses dessinées par des princes de l'art, des bibliothèques publiques dignes de ce nom, et d'autres monuments dressés par la reconnaissance et l'admiration nationales. Dans nos rues brilleront sur le marbre ou sur le bronze des inscriptions d'un style élégant, qui marqueront les sites fameux et les gestes de nos pères. Dans cette terre féconde, où poussent également les pins altiers, l'érable à nous si chère, les ormes et les chênes, nous tâcherons de faire revivre les géants de la forêt contemporaine de Jacques-Cartier et de Champlain. Les Plaines d'Abraham et le Parc Victoria deviendront les jardins académiques de cette nouvelle Athènes. Et pendant que, sur ce nouveau promontoire de Sunium, image de l'ancien, les disciples modernes d Platon viendront chercher, dans la contemplation des beautés de notre nature, la solution des grands problèmes qui tourmentent encore l'humanité, les poètes au coeur léger, à l'humeur plus joyeuse, trouveront non loin d'ici des cataractes puissantes, image agrandie des chutes de l'Arno et des cascades bouillantes de Tibur.

Nous laisserons en bas, dans la plaine, libre carrière à la musique bruyante des machines et des lourds marteaux, au cri strident de la locomotive et du bateau à vapeur, à toute la fiévreuse activité de la cité ouvrière, pour lui permettre de gagner beaucoup de cet or, instrument de luxe, il est vrai, pour le plus grand nombre, mais aussi indispensable pour fournir l'huile et

entretenir la lampe dont s'éclairent et l'étudiant et le maître.

Aussi, ne manquera-t-elle pas de faire une part généreuse de sa richesse pour maintenir et développer la ville intellectuelle bâtie sur les hauteurs, de telle sorte que nous puissions voir notre grande Université devenir à notre pays, que dis-je ? à l'Amérique française, ce qu'ont été, dans le Vieux-Monde, à l'Italie : Pise, Padoue et le Mont Cassin ; au monde germanique : Bonn, Inspruck, Vienne ; à l'Espagne : Cordoue, Séville et Salamanque ; à l'Angleterre : Eaton, Oxford et Cambridge ; à la France, notre mère, ou mieux, à tout l'univers : Paris la grande, Paris l'incomparable, où semblent battre pour ainsi dire, avec plus d'intensité qu'ailleurs, le pouls de la civilisation et le coeur du genre humain.

La santé suivante était celle "à l'Université Laval" ; elle fut proposée par le docteur J. Desrochers de Montréal.

Mgr Mathieu sut trouver des paroles éloquentes pour répondre au nom de son institution de prédilection. Le docteur Lamarche, de Montréal, appelé aussi à répondre à cette santé, s'en acquitta fort bien, de même que M. l'abbé Bourassa, qui fit un très bel éloge de son *Alma Mater* et de son ancien professeur Mgr Mathieu.

Le docteur Albert LeSage, de Montréal, proposa la santé "à Nos Hôtes", à laquelle répondit M. T. Obalski, représentant de l'Alliance Française. A cette occasion, le docteur Boucher, un confrère fixé aux Etats-Unis, récita une pièce de vers de sa composition, sur le Canada ; Sir W. Hingston fit aussi, en français, un discours plein de verve.

La santé de l'Association fut portée par le docteur Coyteux Prévost, d'Ottawa.

Reponse du Dr Brochu :

Messieurs,

L'enthousiasme avec lequel vous avez accueilli la santé qui vient d'être proposée nous est une nouvelle preuve que cette Association des médecins de langue française avait conquis d'avance toutes vos sympathies et vos plus ferventes adhésions.

Une telle spontanéité, et cette harmonie de sentiments, qui se manifestent avec tant d'éclat, parmi un nombre aussi considérable de médecins, venus de toutes les parties du continent, démontrent bien qu'une même communauté d'idées nous rassemble, que les mêmes aspirations animent les esprits et que tous les coeurs battent à l'unisson, dans cette belle fete, toute patriotique et intellectuelle.

Je serai l'écho des sentiments de tous mes collègues, ici présents, en offrant à Monsieur le Dr Provost, dont tous reconnaissent le talent d'orateur et d'écrivain, nos remerciements les plus sincères pour les souhaits et les paroles bienveillantes qu'il nous a adressés et pour la généreuse appréciation qu'il a bien voulu faire du travail et des efforts que les promoteurs de cette association se sont imposés pour en asseoir les bases solides et durables pour l'avenir.

Je ne saurais manquer d'exprimer combien nous sommes touchés de voir les esprits les plus distingués, au dehors de notre profession, s'unir à nous pour nous témoigner, par leur présence et par leurs paroles, leurs sympathies les plus encourageantes et nous prêter ainsi le plus haut appui moral.

C'est un devoir très agréable pour moi de reconnaître, en même temps, les services signalés qui nous ont été rendus dans cette délicate entreprise, par nos zélés collègues et amis du Comité conjoint de la Société Médicale de Montréal, comme par les

autres sociétés médicales de cette province qui, toutes, se sont fait un but particulier de promouvoir l'idée de ce grand ralliement et d'aider au succès de ce Congrès, qui en aura été la première sanction.

Je ne saurais accepter sans restriction, cependant, la part trop élogieuse que l'on a bien voulu m'accorder dans l'initiative de ce grand mouvement. Je ne puis guère m'attribuer d'autre rôle, à la vérité, dans toute cette organisation, que celui d'avoir été le porte-drapeau d'une idée qui était déjà le partage de tous ceux de mes confrères qui ont le plus à coeur le prestige et l'avancement de notre profession. Mais, quels que soient le mérite et les responsabilités de celui qui accepte la charge de maintenir haut et ferme le drapeau autour duquel doivent se rallier tous les membres d'un même corps, lorsqu'il s'agit de promouvoir ou de défendre une noble cause, ce n'en est pas moins au drapeau que se rattache l'idée fondamentale qui fait converger toutes les volontés vers même but; c'est le drapeau qui fait naître le sentiment de la solidarité dans le devoir, qui inspire les grands dévouements, qui symbolise les traditions de tout un peuple et l'idée de patrie.

C'est ainsi que l'Association que nous avons fondée pour être un foyer de concentration scientifique en même temps que d'idées françaises, tiendra lieu, pour ainsi dire, d'un drapeau pour tous les médecins de notre langue sur ce continent: c'est elle, en effet, qui fera converger tous les esprits vers le but de l'avancement et du progrès scientifique, qui fera naître le sentiment de la solidarité entre tous, qui inspirera les généreux labeurs et qui symbolisera, par ses origines, l'idée de la patrie canadienne et nos traditions françaises en Amérique.

Que vous dirai-je, Messieurs, des avantages d'une telle Association dont vous ne soyiez d'avance convaincus?

L'Association, pour un corps professionnel surtout, n'est-ce pas une idée plus large de la vie intellectuelle ? n'est-ce pas le progrès de l'esprit scientifique, le stimulant des hautes études et des patientes recherches pour atteindre les sommets les plus élevés de la science ? L'association, c'est aussi la satisfaction qui naît d'une œuvre à faire en commun, la joie de sentir en des jours comme ceux-ci, l'union intime des cœurs, des intelligences et des volontés, la conscience de notre force pour entreprendre les luttes de l'avenir, pour défendre nos privilèges et arriver à réalisation des rèves ambitieux que nous formons pour l'avenir d'une race qui nous est chère.

Et lorsque cette association se trouve basée non seulement sur la communauté des intérêts, sur les mêmes traditions et sur un même but dans l'ectivité intellectuelle, mais aussi et surtout, sur la communauté de langue, elle établit encore je ne sais quels liens plus étroits et plus intimes qui font que les cœurs et les âmes se touchent de plus près.

C'est qu'en effet, comme l'a dit un brillant écrivain français, parler la même langue, c'est nécessairement penser, c'est combiner, associer ses idées de la même manière, c'est sentir ensemble c'est éprouver des mêmes choses les mêmes impressions : et c'est là, sans doute, la raison du culte que tous les grands peuples ont professé pour leur littérature nationale. Mais, ce qui consacre le plus la valeur des œuvres littéraires et ce qui contribue le plus à en assurer la durée, ce n'est pas uniquement la beauté de la forme, la vérité du fond, mais ce qui les immortalise surtout c'est ce qu'elles contiennent de plus conforme aux qualités les plus intérieures de l'âme nationale.

Il me semble que l'on pourrait dire avec vraisemblance qu'il en sera de même pour notre jeune association, qui donne aujourd'hui l'exemple du plus beau ralliment qui se soit encore accompli parmi la nationalité franco-américaine. On pourra

peut-être juger en certains endroits qu'il lui manque encore quelques perfectionnements dans la forme peut-être, même, quelques-uns iront-ils jusqu'à mettre en doute la vérité du fond Mais personne n'osera contester qu'elle ne soit entièrement conforme aux aspirations les plus intimes de tous les médecins français et qu'elle ne contienne quelque chose des qualités les plus intérieures de notre âme nationale. Et cette âme nationale n'est autre pour nous, descendants de la vieille France, que l'"âme française", cette communauté héréditaire d'idées et de sentiments, comme on l'a si bien définie, qui a sa source dans les traditions et l'histoire communes et qui puise sa force dans l'idée d'une même patrie d'origine. Ne pouvons nous pas espérer que ce sera là précisément, pour notre association, comme pour les œuvres littéraires,—reflets de l'âme des peuples à travers les générations successives,—ce qui en cons[illegible]ra le plus la valeur, et ce qui contribuera le plus à en assurer la durée et l'avenir ?

Et dans les manifestations solennelles comme celles qui réunissent en ces jours patriotiques, dans les fêtes soci[illegible]s dont elle sera l'objet, comme dans les banquets de la science [illegible]quels elle conviera périodiquement ses membres, nous sentirons toujours "l'âme nationale française" planant au-dessus de nous, et, de toutes les parties de l'Amérique du Nord, où se parle la langue de nos ancêtres, nous verrons accourir, comme aujourd'hui, des groupes nombreux de médecins de notre origine, toujours restés fidèles à l'idée française, quel que soit le drapeau qui les abrite, et gardant toujours allumés dans leurs cœurs la flamme du patriotisme unie à l'amour de la science.

Le but de notre Association est avant tout scientifique, il est vrai ; mais il est patriotique et national tout à la fois. Il ne serait pas trop de dire que, pour tous ceux qui occupent une une charge ou position prépondérante dans notre profession qui les mette en état de contribuer plus directement au progrès de la

science et dont ils peuvent davantage faire bénéficier leurs confrères, ce but s'élève à la hauteur d'un devoir social et national.

Les médecins de langue française, tant du Canada que de la grande République voisine, disséminés pour un bon nombre au milieu de populations hétérogènes, ou éloignés des grands centres, ne seront plus destinés à vivre désormais dans cet isolement ou dans cet esprit d'individualisme qui est aussi funeste à leur avancement et à la dignité professionnelle que contraire au prestige et à l'influence sociale de notre profession.

Nous devons garder l'espoir que cette Association,—si nous voulons continuer à lui apporter une contribution généreuse de nos labeurs,—sera comme un foyer de plus en plus lumineux qui rayonnera la science médicale française sur toutes les parties de ce continent ; et nous devons nourrir l'ambition qu'elle reste dans l'avenir le centre vers lequel graviteront tous les groupes français de l'Amérique du Nord : depuis les rivages de la légendaire Acadie, où refleurit maintenant jeune et vivace l'arbre autrefois mutilé dans la profondeur même de ses racines, — jusqu'aux bords du vieux Missisipi, qui s'éveilla un jour, pour la première fois, de sa longue torpeur à travers des siècles de barbarie, au son de voix toutes françaises, les voix de Marquette et de Joliet : ce furent elles en effet, qui lui firent entendre le premier écho de la civilisation avec le "doux Parler Français.

J'ai confiance, Messieurs, en l'avenir de notre Association, je ne saurais le répéter avec une plus grande conviction ; car elle a reçu dès son origine, l'assentiment général, et elle est née d'un besoin de ralliement et d'une communauté d'idées que le temps ne fera que rendre de plus en plus intimes nous osons l'espérer.

En remerciant de nouveau mon savant collègue d'avoir proposé cette santé en termes aussi bienveillants, je demanderai

à tous d'unir leurs vœux et leurs souhaits à ceux qui ont été si heureusement exprimés, pour le succès et la prospérité de cette nouvelle Association, pour son rôle brillant et fructueux dans l'avenir.

Pour ma part, j'estimerai toujours comme le plus grand honneur d'avoir été choisi comme son premier Président, et si je n'avais pas, à la vérité, les titres les plus valables pour mériter un tel honneur, je ne m'en considérerai que davantage lié, comme par une dette de reconnaissance, à faire prévaloir ses intérêts dans l'avenir.

Je ne pourrai mieux faire que de répéter de nouveau ici, ce soir ce que j'exprimais bien sincèrement en acceptant cette présidence : c'est que, personne, plus que moi, n'aura à cœur, le succès de cette Association personne n'apportera plus de zèle et d'énergie pour assurer sa grandeur et son prestige et promouvoir son œuvre dans toute son étendue.

"Aux Sociétés Médicales", proposée par le Dr Valin, de Montréal, réponses par les docteurs Paquin, de Québec, et Marion de Montréal.

La santé à la "Presse Médicale", fut proposée par le docteur Dubé, de Montréal, et le docteur Faucher, Journaliste Médical, y répondit.

"Aux Dames", proposée par le docteur St-Jacques de Montréal, réponse très originale par le docteur Boulet, aussi de Montréal.

Le docteur Lessard proposa ensuite la santé "A la Presse" représentée au banquet par MM. E. E. Cinq-Mars de *La Presse* et Ed. Aubé de l'*Evénement*.

Le programme officiel était épuisé et les convives se séparèrent fort satisfaits de leur soirée.

Un brillant essaim de dames avait été admis dans les salons, à l'entrée de la salle du banquet, dès le commencement de la proposition de santés, et elles écoutèrent les divers orateurs avec beaucoup d'intérêt.



CLOTURE DU CONGRES

Après des séances bien remplies, puisque à peine la moitié des travaux ont pu être communiqués, bien qu'ont eût divisé le tout en deux sections siégeant en même temps, médecine et chirurgie, Monsieur le Président Général annonce la clôture du Congrès, qui était passée déjà dans le domaine des choses à apprécier.

Il dit qu'il regrettait vivement que le temps n'ait pas permis d'épuiser la liste des travaux scientifiques qui ont été inscrits : ces travaux seront cependant portés à la connaissance de tous dans le apport Rofficiel qui sera publié, et ils ne pourront manquer d'être lus avec intérêt.

Il est heureux d'offrir publiquement ses plus chaleureuses félicitations aux nouveaux officiers élus de l'Association et de leur exprimer au nom de tous les souhaits le plus ardents pour le succès du prochain Congrès de Montréal. Il félicite particulièrement le nouveau Président, Monsieur le Dr Foucher, auquel, dit-il, l'estime et la confiance de toute la profession médicale sont acquises et dont le prestige est le mieux établi non seulement par une très grande popularité dans la clientèle, mais aussi par des écrits et des travaux didactiques qui font honneur à notre littérature : le nom seul de ce distingué collègue est une garantie de succès pour le prochain congrès dont il aura charge de présider l'organisation.

Le Dr Brochu fait ensuite l'appréciation du congrès qui vient de se terminer ; et les assertions qu'il a émises à ce sujet seront trouvées, croyons-nous, aussi jusques que bien senties.

" L'oeuvre de notre premier congrès de médecine française

en Amérique, ajoute-t il, est une chose accomplie : et nous ne pouvons manquer de nous flatter de ce que la première manifestation de l'Association que nous venons de fonder ait reçu sa première sanction dans cette vieille capitale de Québec, qui fut le berceau de la civilisation française sur ce continent.

Je ne puis clore ce congrès sans exprimer, au nom de tous mes collègues, notre plus vive reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu contribuer à son succès en lui apportant la généreuse contribution de leurs labeurs intellectuels. Les travaux scientifiques ont été relativement nombreux, et, pris dans leur ensemble, nous pouvons affirmer qu'ils ne manqueront pas d'être dignes d'intérêt.

C'est un agréable devoir pour moi d'exprimer au nom des organisateurs notre plus entière satisfaction, et de dire que le résultat a non seulement donné ce que nous attendions mais que même, sous certains rapports il a dépassé, nos meilleures espérances. En effet, près de quatre cents médecins canadiens-français, parmi lesquels nous comptons des représentants de toutes les provinces du Canada et des principaux centres de l'émigration canadienne-française de la grande République américaine, se sont fait inscrire, comme membres actifs ; l'assistance a été la plus nombreuse dont nous ayons été témoins dans les congrès de notre pays : c'est bien là le témoignage le plus éclatan que l'oeuvre de ces congrès rencontre les sympathies de tous et leur adhésion la plus fervente. Nous considérons qu'un tel ralliement est du meilleur augure pour l'avenir de notre Association.

Si l'on ne pourrait dire, à la rigueur, que les travaux qui nous ont été soumis, réflètent un caractère d'originalité propre, ou qu'ils puissent servir à faire ressortir quelques solutions nouvelles sur d'importantes questions de science—ce qui n'est pas toujours le privilège d'ailleurs, même des congrès interna-

tionaux—on doit admettre, d'un autre côté, que la plupart de ces travaux se rapportaient à des questions de la plus grande actualité en médecine et qu'un bon nombre mettaient en lumière plusieurs rapports d'une grande importance pratique.

Il n'en est guère qui n'aient fait ressortir quelques rapports nouveaux, sur des sujets théoriques ou pratiques, ou ravivé quelques connaissances sur lesquelles l'opinion du plus grand nombre des praticiens ne pouvait pas encore être bien fixée et qui leur échappent habituellement tant que l'occasion ne leur a pas été donnée, plus d'une fois, d'en avoir la démonstration dans le champ de l'observation clinique : nul d'entre nous, je crois, n'avait nourri d'autres ambitions.

C'est ainsi que ce congrès aura fait, malgré tout, oeuvre utile pour la masse de nos praticiens ; et nous pouvons ajouter qu'il marquera une étape fructueuse dans le développement de notre organisation professionnelle comme dans le progrès et la vulgarisation de la science parmi nous.

Mais, à part cette utilité immédiate, ce congrès aura aussi pour résultat, il n'en faut pas douter, de faire naître le sentiment d'une plus grande solidarité entre tous les médecins de langue française répandus dans les différents Etats de l'Amérique du Nord ; et il aura encore cet avantage, en dehors de son intérêt scientifique, d'avoir permis au plus grand nombre de renouer d'anciennes relations d'amitié, d'en faire naître de nouvelles et d'établir, entre tous, les liens d'une plus intime confraternité.

Si ce premier ralliement de notre Association ne donne la pas preuve d'un complet épanouissement, nous avons la confiance, du moins, qu'il sera un moyen puissant pour hâter la réalisation des progrès et des perfectionnements que nous entrevoyons pour un avenir rapproché et qui nous permettront de marcher de pair avec les autres nationalités dans les voies du progrès

scientifique et humanitaire. Et c'est là, véritablement, ce qui doit nourrir notre ambition et soutenir nos efforts.

Nous espérons que tous emporteront les meilleurs souvenirs de ce Congrès de Québec, et que le zèle dont ses promoteurs et ses adherents ont fait preuve jusqu'ici, ne se ralentira pas. Nous avons lieu de compter que le même élan pour le travail scientifique se continuera sur le terrain des sociétés d'études et dans la presse médicale, en attendant l'occasion de notre second congrès.

Je dois remercier particulièrement les Présidents des Sections qui ont dirigé nos délibérations avec tant de tact et de dignité : ce qui n'a pas peu contribué à assurer le succès de ce Congrès.

En laissant le fauteuil de la Présidence à mon très digne successeur j'exprimerai de nouveau à tous ma plus vive reconnaissance pour l'honneur insigne que l'on a bien voulu me faire en m'appelant à cette charge.

Je m'efforcerai de donner la preuve tangible de cette reconnaissance, dans l'avenir, en redoublant de zèle et d'efforts pour promouvoir le succès de nos futurs congrès et pour soutenir le prestige et l'influence de cette nouvelle organisation afin qu'elle reste un foyer de ralliement et un élément de force pour la profession médicale franco-américaine.



PREMIER CONGRÈS

DES

Médecins de Langue Française

Tenu à Québec, le 25 juin 1902

I
SECTION DE MÉDECINE

DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

Par le Docteur D. BROCHU

(Professeur de Pathologie interne, à l'Université-Laval,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, de Québec.)

L'insuffisance rénale, ou le défaut de la dépuration urinaire, n'est pas une entité morbide à laquelle on accorde encore une place nettement définie dans le cadre de la nosographie classique : l'importance des rapports nombreux qui en découlent, au point de vue pathogénique et clinique, me semblerait cependant devoir lui mériter une telle place dans la pathologie. C'est à faire ressortir quelques-uns de ces rapports, dont l'intérêt me paraît le plus immédiat pour le médecin praticien, que je consacrerai cet étude. Ce sujet emprunte, d'ailleurs, une partie de son actualité aux développements relativement récents de la physiologie pathologique, qui ont fait suite aux découvertes de l'immortel Pasteur et aux remarquables travaux de MM. Bouchard et Charrin.

L'insuffisance rénale, considérée comme état morbide permanent, est une altération de fonction intimement liée aux lésions *chroniques* et *diffuses* des *deux* reins. C'est un trouble symptomatique dont l'apparition n'est que le corollaire de la diminution de la perméabilité de l'émonctoire rénal et qui entraîne comme conséquence la rétention de divers principes nuisibles dans le sang: il devient ainsi le point de départ d'altérations remarquables dans les qualité de ce liquide et de troubles les plus

variés dans les principaux organes de l'économie. Ces divers troubles peuvent être confondus, à la vérité, dans une même étude, avec les manifestations cliniques des néphrites chroniques, ou de la maladie de Bright, nom par lequel on désigne encore habituellement toutes les variétés de dégénérescence ou de sclérose des reins : néphrites à prédominance parenchymateuse, néphrites épithéliales, néphrites interstitielles.

Il ne sera pas inopportun de faire ressortir ici, tout d'abord, l'intérêt différent qui s'attache à l'étude des néphrites aiguës et à celle des néphrites chroniques.

Les néphrites *aiguës*, comme toutes lésions diffuses des reins, ne sont pas sans retentir d'une manière fâcheuse sur la fonction de la dépuration urinaire ; elles la troublent plus ou moins profondément et la suppriment quelquefois d une manière brusque, au risque de produire les accidents les plus graves. Mais ces néphrites ne sont pour la plupart que transitoires, et elles ne laissent guère de troubles permanents à leur suite. D'ailleurs, les principaux symptômes qui marquent leur évolution—douleurs lombaires, œdèmes, anasarque—sont toujours assez proéminents pour éveiller l'attention du côté des reins. De plus, les signes tirés de l'examen de la sécrétion urinaire—albumine, dépouilles hyalines—sont toujours positifs, et leur valeur dans l'ensemble est assez pathognomonique.

Il n'en est pas de même, comme nous le verrons, dans les néphrites chroniques. Leur début est le plus souvent silencieux, pendant une période plus ou moins longue, et les premiers symptômes qui marquent la rupture de l'équilibre fonctionnel des reins, ainsi altérés, sont généralement légers, dissociés, n'offrant rien de bien caractéristique. Ils consistent pour la plupart, en des troubles fonctionnels et généraux qui ne sont guère propres, à premiè e vue, à fixer l'attention du côté des reins.

A un dégré plus avancé, apparaissent des symptômes plus

graves, qui se trouvent diversément associés avec les troubles de la phase initiale et ils suffisent, alors souvent, pour la plupart, à éveiller le soupçon d'une néphrite et d'un trouble dans la dépuration urinaire.

A la période ultime de l'évolution des néphrites, ou d'une manière précoce, chez les sujets avancés en âge et déjà atteints par l'artério-sclérose, les symptômes brightiques coexistent fréquemment avec des lésions organiques disséminées dans les principaux appareils de l'économie, et dont le développement peut être rattaché soit à la même cause prthogénique qui a touché les reins, soit à l'insuffisance rénale elle-même par l'action des poisons qu'elle laisse s'accumuler dans le sang.

A cette dernière phase, les symptômes brightiques prennent souvent le masque de syndromes appartenant tout entiers à des maladies autres que celles des reins—des poumons, du cœur ou du cerveau. Ajoutons que l'analyse de la sécrétion urinaire, dont les résultats sont généralement si positifs dans les néphrites aigues, ne fournit, la plupart du temps, que des signes négatifs, dans les néphrites chroniques, à la période de sclérose confirmée. De là l'intérêt plus particulier qui me semble devoir s'attacher, dans la clinique, à l'étude de ces néphrites et l'importance relative pour le praticien dans la clientèle de bien apprécier les rapports pathogéniques de l'insuffisance rénale qui en est la conséquence.

*
* *

L'insuffirance rénale, avons-nous dit, est intimement liée aux lésions *chroniques* et *diffuses* des *deux* reins ; mais nous devons ajouter qu'elle n'en est que l'aboutissant plus ou moins éloigné. En effet, son début est loin de coïncider avec celui des néphrites chroniques. L'insuffisance n'apparaît, dans le cours de ces néphrites, qu'au moment de la rupture de l'équilibre

fonctionnel de l'émonctoire rénal, alors qu'il ne peut plus suffire à la tâche d'éliminer, au fur et à mesure, les principes que le sang fournit à la dépuration urinaire. Jusque là, l'évolution de la maladie a pu se faire d'une manière pour ainsi dire silencieuse, sans qu'aucun symptôme appréciable ne donnât l'éveil au patient.

Ce phénomène peut s'expliquer, pour une grande partie, par le fait que la capacité fonctionnelle des reins, comme pour beaucoup d'autres organes, dépasse en réalité les besoins physiologiques, et, aussi, peut-être, par le fait d'une hypertrophie compensatrice dans les parties saines des reins, comme cela se remarque pour le foie lorsqu'un segment de cet organe a été enlevé ou qu'un processus morbide a détruit sa substance dans une zône limitée. Il s'ensuit que tant que les lésions ne sont pas trop diffuses, ni trop profondes, les parties restées saines dans les deux reins, qu'elles soient ou non hypertrophiées d'une manière compensatrice, peuvent suffire à la tâche de maintenir l'équilibre dans le rôle de la dépuration urinaire, et l'économie ne trahit aucun signe révélateur de l'empoisonnement urémique : tout au plus, pourrait-on déjà observer, à cette phase latente, les conditions de l'hypertension artérielle, que M. Huchard a si bien désignée comme l'un des signes les plus précoces de l'artério-sclérose et des néphrites scléreuses à évolution lente et progressive.

Il s'agit, ici, d'un phénomène identique à celui que l'on remarque dans l'évolution des maladies chroniques du cœur. Celles-ci, comme les néphrites scléreuses, peuvent être rattachées, pour une certaine classe, à un processus d'artério-sclérose plus ou moins généralisée, et, pour une partie encore plus considérable, à des inflammations aigues localisées à certains tissus du même organe et dont le processus mal éteint est devenu le point de départ d'une sclérose lentement envahissante. La première période de cette de cette sclérose, ou la transition de l'état aigu

à l'état chronique, est généralement silencieuse, tant que l'organe reste intact dans son ensemble, ou qu'il subit l'hypertrophie compensatrice : c'est la période de compensation ou de tolérance.

Aussi n'est-il pas rare d'observer qu'une lésion unilatérale, ou limitée à un seul rein, comme la tuberculose en fournit des exemples, en arrive à détruire plus ou moins complètement une bonne partie de l'organe, sans déterminer aucun phénomène apparent du brightisme, tandis que les lésions, disséminées dans les deux reins, comme dans les altérations *polykystiques*, provoquent, d'une manière précoce, les manifestations de l'insuffisance rénale et aboutissent assez rapidement aux accidents urémiques graves, dont la mort est la dernière conséquence. C'est que, dans le premier cas, la dépuration urinaire continue à se faire par le rein resté sain et que, dans le second, au contraire, cette fonction essentielle est rapidement entravée par la progression des lésions dans les deux reins à la fois, qui supprime toute compensation physiologique.

Cliniquement, on peut donc dire avec assez de justesse que le début de l'insuffisance rénale marque la rupture de l'équilibre fonctionnel de l'émonctoire rénal, comme l'asystolie, au cours des maladies du cœur, indique le défaut de la compensation ou la rupture de l'équilibre fonctionnel de l'organe auquel appartient le rôle de régulateur des deux systèmes de la circulation sanguine. C'est alors seulement que, pour le plus grand nombre, les malades acquièrent la conscience d'un trouble appréciable dans leur santé et qu'ils se sentent portés à consulter le médecin.

Mais ce que l'on observe le plus souvent, pour l'une et l'autre de ces deux entités morbides, c'est que l'asystolie et l'insuffisance rénale se manifestent surtout à [illegible] de causes qui viennent raviver les lésions évoluant à [illegible] chronique, soit dans le cœur soit dans les reins ; telles que : fatigues, surme-

nage, refroidissement, écarts de régime, etc. Ce sont ces mêmes causes également qui précipitent les accidents graves dont les néphrites et les maladies cardiaques se compliquent fréquemment, à la période ultime de leur évolution.

***

Les lésions chroniques et diffuses des deux reins ont nécessairement pour aboutissant une diminution de la perméabilité de ces organes, comme filtre, et l'insuffisance de leur rôle comme dépurateurs du sang ; et comme ils constituent la principale voie de l'élimination au dehors de la plus grande partie des résidus de la nutrition et des principes toxiques qui pénètrent dans le sang, on comprend facilement comment l'insuffisance fonctionnelle d'un émonctoire aussi important est apte à modifier la crase sanguine et à déterminer des troubles dans la santé générale par une véritable auto-intoxication.

La retention dans le sang des principes de la dépuration urinaire produit un empoisonnement que l'on désigne habituellement sous le nom *d'urémie*. Mais ce mot ne doit pas signifier seulement *urée* dans le sang, comme on le dit encore souvent, mais bien *urine* dans le sang, selon la judicieuse remarque de Mr. Jaccoud.

Les premières découvertes de la chimie organique, appliquées à l'analyse des urines, avaient fait reconnaître depuis longtemps, il est vrai, l'urée comme l'un des principes les plus nuisibles et les plus constants que l'on retrace dans cette sécrétion. On avait ainsi pris l'habitude de rapporter surtout à la rétention de ce produit dans le sang la plupart des troubles qui marquent l'évolution des néphrites. Mais les progrès plus récents de la chimie biologique, qui ont fait suite aux doctrines microbiennes, et aux travaux remarquables de M. Bouchard, etc., nous ont démontré que la pathogénie de ces troubles est beaucoup plus complexe. C'est une connaissance acquise, désormais, que les

agents microbiens qui pullulent dans nos voies digestives, de même que les aliments que nous absorbons et qui ont été altérés par les ferments, donnent lieu à la production de poisons o[illegible] *toxines* dont l'influence est encore beaucoup plus à redouter que celle de l'urée et des autres déchets de la nutrition. Nous savons, de plus, que les actes de la nutrition cellulaire et de la désassimilation contribuent à répandre dans le sang, outre les éléments de la production de l'urée, divers alcaloïdes toxiques, (leucomaïnes ou ptomaïnes) dont l'influence se rapproche beaucoup de celle des toxine microbiennes. Le rôle accordé à l'urée, bien qu'il ne puisse être encore nié, est devenu, par suite, tout-à-fait secondaire.

Dans l'état normal, nous restons plus ou moins indemnes, vis-à-vis de ces poisons, comme vis-à-vis des microbes, par l'influence de nos moyens de défense naturelle—le rôle antitoxique et phagocytaire des cellules de l'économie, pour une part et pour l'autre, l'intégrité de fonctions de nos émonctoires—particulièrement des reins et du foie. C'est au Prof. Bouchard (1) et au Prof. Charrin (2) que nous sommes redevables de la majeure partie de nos connaissances dans ce domaine.

M. Bouchard a réuni sous quatre chefs les substances toxiques qui pénètrent habituellement dans le sang et qui déterminent la toxémie lorsque la porte de l'émonctoire rénal devient fermée. Ce sont : 1° les poisons venant du dehors par l'alimentation, particulièrement le régime carné ; 2° les poisons dérivant des fermentations de l'estomac et de l'intestin, surtout dans le cas de stase ; les poisons résultant des échanges nutritifs et des actes cellulaires (ptomaïnes et leucomaïnes) ; 4° enfin, les poisons provenant de la sécrétion biliaire, que le foie n'a pu détruire. On doit tenir compte également des poisons sécrétés

(1) Leçon sur les auto-intoxications.

(2) Poisons de l'urine.

par les microbes pathogènes, d'origine extérieure, mais qui pénètrent accidentellement dans l'économie. Ce sont là surtout des notions fondamentales qu'on doit pas perdre de vue pour bien comprendre les principes de la thérapeutique préventive des accidents urémiques, auxquels prédispose l'insuffisance rénale, et pour nous guider dans le traitement de certaines maladies infectieuses où le danger de l'auto-intoxication est chose si importante à apprécier, au point de vue du pronostic et de l'évolution symptomatique de la maladie.

M. Bouchard a séparé de l'urine sept substances toxiques, y compris l'urée, dont les propriétés nous expliquent les principaux phénomènes de l'empoisonnement urémique : l'une serait *narcotique*, la seconde *sialogène*, une troisième *convulsivante*, la quatrième *rétrécit* la *pupille*, et les autres sont *vaso-motrices*, *hypo* ou *hyper-thermisantes*.

M. Roger a confirmé ces données : "Qu'on se porte à l'étude des poisons urinaires, dit-il, on en trouvera un certain nombre qui permettent d'expliquer les principales manifestations de l'urémie : il y a des toxines *myotiques*, *dyspnéiques*, *convulsivantes*, *vaso-motrices*, *hypo et hyperthermisantes*". On entrevoit par là combien multiples et variés peuvent être les symptômes qui résultent du défaut de la dépuration urinaire et combien variables, par suite, seront les formes que l'urémie peut offrir à l'étude, dans la clinique.

***

Le diagnostic de l'insuffisance rénale, comme pour tous les autres états morbides, repose principalement sur l'appréciation des troubles fonctionnels et généraux que nous fait constater l'observation clinique.

Mais, comme ces symptômes sont tout-à-fait dissociés au début, et que, à une période avancée des néphrites, ils coïnci-

dent souvent avec des lésions d'organes autres que les reins, il s'en suit que l'on ne saurait arriver à un diagnostic sûr, dans la plupart des cas, sans s'appuyer en même temps sur des signes tirés de l'analyse des urines ou des autres procédés d'examen d'ordre biologique, qui nous renseignent d'une manière plus directe et sur l'état du fonctionnement rénal.

Depuis les travaux de Bright, dont le nom est resté attaché à cette classe intéressante de maladies, on a toujours reconnu l'importance de l'appréciation chimique et histologique des principaux constituants de l'excretion urinaire pour le diagnostic des néphrites. Mais c'est encore là un sujet sur lequel nos idées se sont bien modifiées, durant ces dernières années. Il est un élément, entre autres, dont la connaissance relève de l'examen chimique de l'urine, qui a perdu considérablement de sa valeur seméiologique, au point de vue du diagnostic des néphrites chroniques : c'est la présence de l'albumine dans les urines. Il me semble justifiable de m'arrêter particulièrement à l'appréciation de ce signe, vu le côté d'intérêt pratique qu'il présente pour la masse des médecins dans la clientèle journalière.

La présence de l'albumine dans les urines, avec ou sans les dépouilles hyalines, a éte longtemps considérée comme le signe le plus distinctif de l'existence de lésions inflammatoires du côté des reins. Et comme la constatation de cette substance paraissait coïncider le plus généralement avec une diminution de l'élimination de l'urée et des autres résidus solides de l'urine, on en a fait en même temps l'un des principaux signes indicateurs de l'insuffisance rénale et du danger de l'empoisonnement urémique du sang.

Cette notion a été si longtemps accréditée que le terme *albuminurie* était devenu synonyme de *brightisme*, dans le langage habituel. Il n'est pas rare de rencontrer, encore de nos jours, des médecins qui, en présence de symptômes douteux et propres

à faire soupçonner une toxémie, par un défaut dans les fonctions des émonctoires, se refusent à accepter l'idée d'une néphrite si l'analyse chimique ne leur révèle pas la présence de l'albumine dans les urines. C'est véritablement une erreur sur laquelle on ne saurait trop éveiller l'attention, et qui porte à des conséquences les plus graves. En effet, en laissant ignorer au médecin la cause pathogénique fondamentale de troubles variés qui se présentent à son observation, cette regrettable méprise l'empêche d'établir une thérapeutique judicieuse et un régime préventif : elle expose les sujets ainsi atteints à tomber victimes des accidents les plus graves et les plus persistants de l'empoisonnement urémique, sans que la nature de ces accidents en soit judicieusement reconnue.

Il est admis aujourd'hui par tous les observateurs que si l'albumine est un signe constant dans les néphrites aiguës, ce signe fait le plus habituellement défaut dans les néphrites chroniques, à la période de sclérose confirmée—c'est-à-dire, à la phase où l'insuffisance rénale est prédominante.

Cette absence de l'albumine et des dépouilles hyalines dans les urines peut même s'observer, quelquefois, au milieu ou à la veille des grandes manifestations de l'urémie. Personne mieux que M. le Prof. Dieulafoy n'a mis en lumière ces notions importantes sur les actes morbides du rein.

Dès 1886, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, ce savant observateur énonçait que l'albumine, longtemps considérée comme l'arbitre souverain dans le diagnostic des néphrites, lui paraissait avoir une prépondérance usurpée ; il n'était ni le premier ni le seul à le dire, mais il tenait à le bien affirmer. Il considérait l'albumine dans les néphrites chroniques comme un signe inconstant, infidèles et trompeur : elle n'est qu'un témoin infidèle parce qu'il peut faire défaut ; trompeur, car l'albumine peut exister en dehors de tout état

brightique. Les termes " albuminirie et brightisme " ne doivent donc être en rien synonymes. " On peut être brightique, dit encore M. Dieulafoy. et rester longtemps brightique avant d'être albuminurique ; par contre, on peut être albuminurique indéfiniment avant d'être brightique " c'est-à-dire avant d'être atteint sérieusement dans sa dépuration urinaire.

Autre fait important à signaler, c'est qu'il n'y a aucune corrélation entre la présence ou l'absence de l'albumine dans les urines et l'insuffisance fonctionnelle des reins : la présence de l'albumine pouvant s'expliquer, dans bien des cas, par des lésions très partielles et très limitées dans les glomérules ou les épitheliums—lésions qui, cantonnées de cette façon, ne font pas perdre aux reins, dans l'ensemble, leur capacité physiologique ou leur compensation. Ce ne sont pas toujours les brightiques albuminuriques, dit encore le savant professeur, qui sont menacés des accidents les plus graves de l'urémie : l'albumine peut disparaître parfois aux moments mêmes des accidents les plus graves ; mais, par contre, elle peut persister malgré la guérison apparente de la maladie de Bright. (Dieulafoy, Traité de pathologie interne.)

Enfin, j'emprunterai au même auteur, une dernière citation qui me justifiera de m'être arrêté aussi longtemps à l'interprétation de la valeur seméiologique de cet élément de la pathologie rénale. " On avait tellement pris l'habitude, dit Dieulafoy, (Traité de Pathol. Int. 1900), de considérer l'albumine comme un signe prépondérant dans le diagnostic des néphrites qu'on n'a pas encore su s'en affranchir."

Si ce savant observateur, auquel il est donné d'exercer son art dans le milieu le plus éclairé, en pleine Ville-Lumière, trouve encore raison, aujourd'hui, de signaler la persistance d'une erreur aussi préjudiciable, on sera moins surpris de nous entendre rappeler, devant cet auditoire, pour le profit de tous, que trop

souvent encore, dans nos milieux, on rencontre des praticiens, très bien éclairés, d'ailleurs, qui sont portés à nous opposer la même erreur, dans la discussion d'un diagnostic où le soupçon d'une néphrite compliquée d'insuffisance rénale doit entrer en ligne de compte ; trop souvent, également, sommes-nous témoins, dans la pratique, de faits qui démontrent que ces états brightiques restent méconnus si l'analyse des urines n'a pas donné les signes positifs de la constatation de l'albumine ou des dépouilles hyalines. Voilà pourquoi il m'a paru légitime de m'appesantir sur le sujet.

***

Je ne m'arrêterai pas à l'appréciation des autres principes de l'excrétion urinaire qui fournissent chacun leur appoint au diagnostic et complètent nos renseignements sur l'état des fonctions ou sur la nature des lésions des reins morbides. Je ferai remarquer de suite qu'on ne se contente plus aujourd'hui de la recherche de produits normaux ou anormaux de l'urine par les procédés de l'analyse chimique et de l'examen histologique.

De nouveaux procédés ont été mis en avant, depuis quelques années, et tout récemment encore, qui permettent de mieux déterminer le degré de la perméabilité rénale et qui nous rendent mieux compte en quoi la dépuration urinaire est en défaut, dans les néphrites. La chose la plus importante à apprécier, à la vérité, dans les dégénérescences des reins " n'est pas ce qui passe par les urines, comme on l'a dit avec raison, mais bien ce qui ne passe pas. " Voilà précisément en quoi les nouvelles méthodes sont plus aptes à nous renseigner sur l'insuffisance du fonctionnement rénal et sur la pathogénie des troubles toxémiques ou urémiques qui en découlent.

Ces procédés, de date plus ou moins récente, sont au nombre de trois :

Le premier, le plus ancien, d'ordre biologique, est celui que M. Bouchard a décrit dans ses remarquables leçons sur les auto-intoxications. Il consiste à injecter dans les veines d'un animal une certaine quantité de l'urine d'un sujet dont on veut apprécier l'état du fonctionnement rénal. L'urine normale détermine la mort d'un lapin à la dose de 45 centimètres cubes par kilogrammes de l'animal : c'est là le *coefficient urotoxique* normal. Dans les néphrites scléreuses et atrophiques, où la perméabilité pour l'eau n'est pas cependant toujours diminuée, c'est un fait constaté que ce coefficient s'abaisse plus ou moins, selon le degré de l'insuffisance de la dépuration urinaire ; ce phénomène est d'ailleurs conforme à ce que la conception de l'insuffisance rénale pouvait laisser présumer, *a priori*.

M. le Prof. Dieulafoy a repété bien des fois, dans sa clinique, les expériences de M. Bouchard ; et les résultats qu'il en a obtenus lui ont permis de corroborer, en tous points, les propositions émises par ce remarquable observateur, à savoir : que les urines des brightiques sont peu toxiques et qu'il en faut une bien plus grandes quantité pour tuer un animal. Et, ce qui fournit encore un appoint de plus grande valeur pour le diagnostic des néphrites, c'est que bon nombre de ces expériences ont été faites systématiquement avec l'urine de brightiques non *albuminuriques*—dans des cas, par conséquent, où le diagnostic de la néphrite et de l'insuffisance rénale pouvait laisser le plus de doutes (Etude clinique et expérimentale de la maladie de Bright.—Société médicale des hôpitaux, 1886). Dieulafoy.

Le second procédé, de date un peu plus récente, est celui de la détermination de la perméabilité rénale par l'élimination provoquée. L'épreuve du Bleu de méthylène, proposé par MM. Achard et Castaigne, est le procédé le plus simple et le plus à la portée de tous les praticiens. Il consiste injecter sous la peau du malade 5 centigrammes de bleu de méthylène, dilué à

20. Cette substance, assez caractéristique, s'élimine facilement par les reins. L'exploration oblige à rechercher d'heure en heure, dans l'urine, la présence de la matière colorante, soit en nature, soit à l'état de chromogène. Dans l'état normal, où la perméabilité n'est pas altérée, le bleu apparaît dans l'urine après une demi-heure ; dans l'état pathologique, par contre, ce phénomène peut être retardé d'une à plusieurs heures. Et non seulement il y a retard dans l'apparition de la substance injectée, mais comme le défaut de la perméabilité ne permet pas à cette substance de passer en aussi grande quantité, à la fois, à travers les reins, l'élimination en est en même temps prolongée.

Le troisième procédé, le plus récent, est celui de la *cryoscopie* sur lequel M. Achard a fait une intéressante communication, au dernier Congrès de Paris, 1900.

Cette méthode a pour objet de déterminer la concentration moléculaire de l'urine et du sérum du sang, en recherchant le point de congélation de l'un et de l'autre, ce qui permet d'établir la comparaison pour les deux liquides. On sait qu'il existe un rapport entre le point de congélation d'un liquide et le nombre de molécules dissoutes qu'il contient. La conception de l'insuffisance rénale, par lésions chroniques et diffuses des reins laisaait présumer d'avance, d'après cette loi, que le point de congélation devait être abaissé pour les urines, dans les néphrites. En effet, le défaut de la perméabilité rénale n'entrave pas seulement l'élimination des toxines liquides mais aussi des principal solides de l'urine : c'est bien là ce qui explique la diminution de la densité de la sécrétion urinaire chez les brightiques. La méthode crysocopique est donc venue ajouter une nouvelle preuve, et des plus convaincantes, pour vérifier ce phénomène de physiologie pathologique.

Je ne m'attarderai pas à faire une description plus complète de ces procédés : il m'aura suffi, pour l'intérêt de notre sujet,

d'en indiquer le principe, et de laisser entrevoir les résultats qu'on peut en obtenir au point de vue du diagnostic de l'insuffisance rénale. D'ailleurs, comme je m'adresse surtout à des praticiens, je ne saurais m'empêcher de rappeler que les observateurs, les plus compétents, MM. Achard, Claude Balthazard et L. Bernard, reconnaissent que ce sont là des méthodes de laboratoire, qui obligent à des calculs un peu plus compliqués que ne le comportent les exigences de la clientèle journalière et qui ne sont pas sans souffrir, chacune, quelques objections. M. le Prof. Dieulafoy lui-même, tout en appréciant les avantages que ces méthodes peuvent apporter au diagnostic des néphrites chroniques, n'hésitait pas à dire encore, tout récemment, que ce sont là des recherches peu pratiques pour le moment, et même parfois infidèles ; et il ajoutait que, dans cette question si complexe du diagnostic de l'insuffisance rénale, le rôle principal reste encore à la clinique. C'est à cette partie que nous allons maintenant nous arrêter.

* * *

L'observation clinique a fait reconnaître depuis longtemps un certain nombre de symptômes fonctionnels et généraux qui, pris isolément, ne peuvent pas toujours être considérés comme l'expression directe de l'insuffisance de la dépuration urinaire, mais, pris dans leur ensemble, peuvent servir à dépister l'insuffisance où à établir le diagnostic d'une néphrite chronique, avec une quasi certitude, avant même la mise en application des différents procédés de l'examen chimique des urines et des autres méthodes de l'appréciation du fonctionnement rénal.

M. Dieulafoy a réuni sous le titre de *petits accidents* du *brightisme* une série de symptômes de peu d'importance, à première vue, mais qui lui semblent devoir être interprétés comme les premiers indices de la rupture de l'équilibre fonctionnel des reins.

Ce sont : *les maux de tête, les épistaxis légères, les envies fréquentes d'uriner (pollakiurie, polyurie), les palpitations, l'essoufflement, les crampes* dans les *mollets, les douleurs lombaires, les secousses électriques* au début du sommeil, *les bourdonnements d'oreilles, les vertiges, les troubles visuels, la cryesthésie, et les troubles digestifs.*

Je n'entrerai pas dans la description de chacun de ces symptômes que vous trouverez, d'ailleurs, la plus complète et la plus précise dons le chapitre des néphrites de tous les traités classiques, de l'excellent Manuel de Pathologie interne de M. Dieulafoy, particulièrement. Il me suffira de rappeler que ce sont des troubles qui, pris dans leur ensemble, doivent être mis le plus rationnement sur le compte d'un empoisonnement urémique léger. Ils témoignent de la fin de la période de compensation physiologique dans le rôie fonctionnel des reins altérés, et marquent plutôt, à vrai dire, une période intermédiaire entre la santé et la maladie.

Ces troubles, insignifiants en apparence, peuvent apparaître isolés ou diversements associés, légers, fugaces ou tenaces, pendant une longue période de l'évolution d'une néphrite chronique, surtout chez les jeunes sujets ; et cela, sans que les œdèmes brightiques, sans que les grands symptômes de l'urémie, sans même que l'albuminurie ne fassent leur apparition. S'ils ne passent pas tout à fait inapperçus du malade, celui-ci les rapporte, de prime abord, à des dérangements banals de la santé sans se sentir porté à consulter le médecin ; ils sont mis souvent sur le compte d'une dyspepsie ou autres troubles du foie et des organes digestifs. Ce n'est souvent qu'à l'occasion de certains épisodes sous-aigus, qui viennent entrecouper l'évolution de la néphrite latente et font apparaître les œdèmes à la face, que l'attention du malade, ou même du médecin, est attirée du côté des reins.

Ce sont ces épisodes aigus, dit Dieulafoy, que l'on prend à tort pour le début d'une néphrite. Si l'on se donnait la peine de rechercher, dans tous les cas, les antécédents morbides dont le malade a pu souffrir depuis longtemps, on en arriverait souvent à retracer, commes signes révélateurs, quelques uns de ces petits accidents du brightisme que nous avons mentionnés, plus haut.

Les troubles qui caractérisent ces épisodes aigus ne sont généralement que passagers ; ils disparaissent ou s'atténuent avec la cause qui les a fait naître : écarts de régime, surmenage, refroidissement, etc. Certains sujets reviennent apparemment, du moins, à l'équilibre de leur santé normale, s'ils s'astreignent à un régime approprié—le régime lacté ou lacto-végétarien. Il ne faudrait pas cependant prendre ces périodes d'accalmie ou de rémission, chez les brightiques, pour une guérison définitive de la néphrite. Les lésions de sclérose plus ou moins diffuses des deux reins ne sont pas en effet tout à fait incompatibles avec une certaine compensation physiologique, mais elle sont, de fait, *indélébiles*. Et le brightique, dont les reins ont été ainsi touchés, doit se résigner, pour toujours, à vivre dans un état d'équilibre instable de sa santé ou dans une imminence morbide permanente.

Ces considérations laissent entrevoir l'importance de la recherche systématique des antécédents du brightisme chez tous les malades qui se présentent, pour la première, fois à notre observation. Cette importance ne découle pas seulement du fait que ces petits accidents, pris dans leur ensemble, peuvent servir à nous faire dépister l'existence d'une néphrite, à nous éclairer sur les précautions à prendre pour prévenir les accidents plus graves de l'urémie confirmée, mais aussi, du fait que la connaissance d'un défaut dans le fonctionnement renal impose certaines précautions dans l'usage de certains médica-

ments et modifie, pour un bon nombre de cas, les moyens de l'intervention thérapeutique. Cette connaissance est aussi d'un égal intérêt pour l'appréciation du pronostic et les indications du traitement des maladies infectieuses, en particulier.

" Reconnaître comment le rein s'acquitte de ses fonctions, dit M. Achard, est un problème auquel s'attache en clinique un intérêt de premier ordre. Chaque jour cette question se pose au praticien " : tantôt c'est pour établir de bonne heure le diagnostic d'une affection rénale afin d'instituer à temps un régime approprié, ou un traitement préventif des accidents nombreux que l'on peut avoir à redouter, chaque fois que la porte de l'émonctoire rénal est fermée ; tantôt c'est pour ne pas transformer en effet toxique l'action thérapeutique de certains médicaments qui doivent être éliminés avec les urines et dont l'accumulation dans le sang ajouterait une nouvelle intoxication à celle de la maladie ; tantôt c'est pour nous aider à faire la part de la défaillance du rein dans les syndromes morbides compliqués de lésions organiques dans quelques-uns des principaux appareils de l'organisme ; tantôt enfin, ajouterons nous, c'est au début d'une maladie infectieuse grave, alors qu'il s'agit de mieux calculer les chances d'une dépuration urinaire active, qui est une condition fondamentale pour éviter les risques d'une auto-intoxication par les toxines microbiennes, toujours si à redouter dans le cours de ces maladies. Ce dernier rapport mérite que l'on s'y arrête particulièrement.

On sait, en effet, que l'un des principes les plus admis dans la thérapeutique moderne des maladies infectieuses aïgues est de stimuler les fonctions de la diurèse, pour laver le sang des toxines microbiennes et des autres déchets de la nutrition qui résultent d'une désassimilation exagérée. Tous les observateurs s'accordent à reconnaître aujourd'hui que les pratiques de la balnéation froide, universellement accréditées dans le

traitement des maladies infectieuses et hyperthermiques, toutes de même origine, doivent leurs bons effets non pas tant peut-être à la soustraction du calorique et à l'abaissement de la température, comme on l'a longtemps pensé, mais bien plutôt, ou du moins en grande partie, à leur influence sur l'activité de la diurèse. Le régime lacté et les boissons abondantes, que l'on prescrit conjointement avec ces pratiques de la balnéation froide, dans les mêmes maladies, ont une action corollaire et réalisent le même desideratum : celui de laver le sang des toxines d'origine microbienne et des autres poisons, en favorisant la dépuration urinaire.

On ne s'arrête plus guère aujourd'hui à l'idée de détruire sur place, dans nos organes ou dans le sang, par le moyen des antiseptiques, les microbes pathogènes qui développent en nous les maladies infectieuses. Ces agents antiseptiques, qui n'antiseptisent rien, selon le mot de M. Huchard, ajoutent trop souvent une nouvelle intoxication médicamenteuse à l'auto-intoxication qui dérive des infections microbiennes ; ils donnent, de plus, le risque de fermer la porte de l'émonctoire rénal, dont l'intégrité fonctionnelle, ou la perméabilité, est une des meilleures sauvegardes dans la lutte contre les maladies infectieuses. On pourrait même dire que l'activité de la diurèse, comme moyen de défense, dans ces maladies, ne le cède guère en importance qu'aux *sérums* thérapeutiques, qui n'ont pas tous une valeur spécifique, mais dont quelques uns cependant, offrent l'avantage sinon de neutraliser directement les toxines microbiennes, du moins, et le plus vraisemblablement, d'exciter les fonctions antitoxiques et phagocytaires des cellules de l'économie.

Tels sont les principaux rapports d'intérêt pratique qui découlent de l'appréciation des antécédents du brightisme et du diagnostic précoce de l'insuffisance rénale.

* * *

Mais à une période plus avancée des néphrites, le défaut de la dépuration urinaire produit des troubles beaucoup plus appréciables, qui constituent les accidents de l'urémie confirmée. Ces troubles sont, encore ici, variables, et plus ou moins dissociés : ils coexistent souvent avec des œdèmes fugaces ou permanents, et quelquefois, avec les signes d'une cachexie brightique précoce.

A la période ultime des néphrites, que les sujets soient ou non artério-scléreux, les troubles de l'insuffisance rénale se trouvent fréquemment associés à des lésions organiques dans les principaux appareils de l'économie : cœur, poumons ou cerveau. Il en résulte divers syndromes compliqués, qui peuvent masquer à première vue la maladie rénale et faire dévier le diagnostic, si l'esprit du médécin n'est pas prévenu.

Les grands accidents urémiques, les plus intéressants à noter et dont l'insuffisance du rein nous fournit l'explication, sont, du côté du système nerveux : les céphalées violentes, les convulsions, le délire sous toutes ses formes, le coma ; du côté des voies respiratoires : les bronchites, l'essoufflement, l'œdème suraïgu des poumons, la dyspnée par accès qui peut rappeler l'asthme vrai, la dyspnée des cardiaques, ou même les crises de l'angine de poitrine (dyspnée cardio-aortique) ; du côté des voies digestives : les troubles dyspeptiques, les gastralgies, les vomissements, souvent incoercibles, les diarrhées ; du côté des sens : les troubles de la vue et de l'ouïe.

A toutes les périodes de l'insuffisance rénale on peut s'attendre de voir s'ajouter aux grands symptômes, ou même aux petits accidents de l'urémie, diverses complications qui se rattachent soit à la dyscrasie sanguine,—telles que les œdèmes splanchniques, les épanchements, l'anasarque généralisée, soit à des

phlegmasies du côté des organes internes, telles que les pleurésies, les péricardites, les péritonites avec ou sans épanchement, les hépatites, les myocardites. Enfin, on doit compter, de plus, avec l'artério-sclérose et ses conséquences sur la circulation et la nutrition des organes : dégénérescence, hemorragies, etc. Les reins et le cœur sont particulièrement solidaires. Un sujet atteint de néphrite chronique peut finir par avoir, selon les expressions de M. Huchard, un *rein cardiaque*, un *rein hépatique*, comme aussi un *cœur rénal* avec tous les signes d'une double asystolie.

Parmi les accidents directement imputables à l'influence des poisons urémiques l'un des plus graves et des plus importants à signaler est la suppression brusque de la sécrétion urinaire (urémie rénale.) Cette forme d'anurie, le plus souvent mortelle, est expliquée par une paralysie brusque des reins, sous l'influence des poisons urémiques, dont la plupart sont vaso-constricteurs ; ces poisons détermineraient un spasme vasculaire prolongé et un changement brusque dans la circulation des deux reins, d'où résulte la paralysie de leurs fonctions. C'est là une véritable asystolie rénale. Cet accident est souvent le résultat d'un défaut dans le régime, soit par abus des boissons alcooliques, soit par empoisonnement alimentaire aigu : c'est un accident qu'on peut prévenir assez facilement ; mais une fois qu'il s'est produit, il n'y a guère de ressources sur lesquelles on puisse compter pour rétablir la fonction rénale.

Un autre élément important à apprécier, au cour de la néphrite chronique, c'est la cachexie brightique, dont les premiers signes sont la pâleur, l'anémie, plus ou moins profonde, qui se complique souvent de dégénérescence cardiaque, de lésions pulmonaires et d'une altération des organes de l'hématopoïèse. L'apparition des signes de la cachexie confirmée indique que l'individu a perdu toute chance dans la lutte et que

les moindres dérangements accidentels pourront précipiter le dénouement fatal.

***

Je n'entrerai pas dans la description de chacun des grands symptômes du brightisme et des accidents de l'urémie, non plus que des complexus morbides dérivant des lésions organiques qui, à une certaine période, viennent se surajouter au processus morbide dont les reins ont été touchés tout d'abord : ce serait dépasser le cadre que je me suis tracé et empiéter sur le terrain des traités classiques.

Je ne puis m'empêcher, cependant, de faire ressortir toute l'importance qu'il y a, dans la pratique, vis-à-vis de ces syndromes compliqués, de faire la part de *l'insuffisance rénale*, ou de *l'urémie simple*, et de celle *des lésions organiques.* Il y va surtout du pronostic et des chances du traitement. Il me sera permis pour aider à cette démonstration, de me servir de quelques exemples qui résumeront un ensemble de faits d'observation empruntés à la clientèle journalière.

Vous vous trouvez, je suppose, en présence d'un malade qui n'a éprouvé pendant longtemps que quelques uns des petits accidents du brightisme ; plus récemment, il a pu remarquer de la pâleur, de l'essoufflement ainsi que des œdèmes fugaces et localisés. Mais il a été forcé de recourir au médecin en dernier lieu, surtout parce que des crises d'une dyspnée plus intense et paroxystique, sont survenues, qui n'ont pas manqué de réveiller de vives appréhensions.

Un tel malade, dont les antécédents et la physionomie trahissent un état brightique confirmé, peut bien n'avoir, comme symptône dominant, qu'une dyspnée *fonctionnelle* ou d'origine *urémique*, par l'action sur les centres nerveux, des poisons absorbés en excès.

D'un autre côté, ce même sujet pourrait bien en être rendu à cette étape où les œdèmes se localisent dans le tissu pulmonaire, avec ou sans épanchement dans les plèvres ; aussi bien encore, pourrait-il être sous le coup d'une crise d'asystolie cardiaque par suite d'une myocardite dégénérative ou d'une péricardite avec épanchement, comme on peut s'attendre de l'observer dans le cours du brightisme avancé.

Il sera donc essentiel, dans une telle circonstance, de faire la part de ce qui n'appartient qu'à l'insuffisance pure ou à l'urémie, et de ce qui relève, au contraire, des complications organiques ; le pronostic et les chances du traitement en seront complètement modifiées.

Si, par la recherche des signes physiques, vous arrivez à éliminer toute idée de complications organiques du côté du cœur ou des poumons, vous vous arrêterez au diagnostic d'une dyspnée toxique ou d'origine urémique. Le pronostic sera favorable, surtout si vous découvrez que la toxémie dérive d'écarts d'alimentation qu'il vous sera assez facile de prévenir et de contrebalancer : ce même patient, une fois averti, s'il s'astreint à un régime approprié, pourra encore échapper, pendant une assez longue période, aux autres accidents graves de l'urémie, dont la dyspnée par accès pouvait être considérée comme le signe avant-coureur.

Pendant ces crises paroxystiques, la morphine, associée ou non à l'ipécacuanha ou aux inhalations d'oxygène, apportera un soulagement, le plus souvent immédiat, puis les lavages de l'estomac et de l'intestin, la diète hydrique ou lactée, tariront promptement les sources de l'auto-intoxication alimentaire ; et l'individu, s'il n'est rendu à l'âge où l'artériosclérose est à craindre, pourra revenir à un état de santé qui donnera même l'idée d'une guérison complète. Mais cette guérison ne sera qu'apparente aux yeux du médecin éclairé, pour lequel une néphrite

chronique est chose indélébile, bien que compatible, à un certain dégré, avec une compensation dans les fonctions physiologiques des reins : cette altération rénale n'en constitue pas moins une imminence morbide permanente, au sujet de laquelle le patient mérite d'être prévenu.

L'appréciation de la part qui revient à l'insuffisance rénale vous sera non moins intéressante dans l'observation des syndromes compliqués de maladies organiques :

Nous supposons, ici encore, le fait que vous vous trouvez en présence d'un sujet, dont l'histoire rappelle les mêmes antécédents de brightisme, qui en présente plusieurs signes actuels, avec cette différence que l'arterio-sclérose a déjà atteint non seulement ses reins, mais le cœur et divers autres parties du système circulatoire : supposant qu'à ces mêmes signes d'insuffisance rénale viennent s'associer des crises d'une dyspnée paroxystique, comme symptôme prédominant, ou des accès d'œdème suraïgu des poumons, il est bien évident que le pronostic à première vue, sera loin d'être aussi favorable que pour le premier cas qui nous a servi d'exemple.

Mais si l'histoire des commémoratifs vous apprend, en même temps, que ce malade, atteint d'un état brightique méconnu n'a pas encore été soumis à aucun régime particulier, il vous sera facile, tout en tenant compte des lésions organiques, de faire la part des causes accidentelles—écarts de régime, aliments ou boissons nuisibles, etc,—qui, chez les sujets atteints de néphrites, produisent si souvent cette toxémie par auto-intoxication, dont les crises dyspnéiques sont l'expression fréquente. Ici encore, comme dans le premier exemple que nous avons cité, la détermination d'un régime approprié, associé à quelques médicaments toni-cardiaques ou diurétiques, donnera bien des chances de faire disparaitre promptement la dyspnée ou les œdèmes, et de rétablir, pour un temps plus ou moins long, la com-

pensation dans le rôle physiologique du cœur et des reins. Mais ces organes n'en resteront pas moins altérés d'une manière indélébile, et une grande réserve s'imposera dans votre pronostic.

Il ne serait pas exagérée de dire que bon nombre de ces sujets sont pris à première vue pour de simples cardiaques ou des cardio-aortiques : mais une observation attentive fait découvrir assez facilement, dans l étude de ces syndromes complexes, que ce sont véritablement les reins plutôt que le cœur qui ont été primitivement en cause.

Supposons le fait, d'un autre côté, que vous soyiez mis en présence d'un sujet dont la dyspnée paroxystique et les troubles cardio-pulmonaires sont également des symptômes prédominants, comme dans les deux exemples précédents. Si, dans ces conditions, l'auscultation vous révèle un œdème de la base des poumons avec ou sans épanchement, quelques signes de la dégénérescence du cœur—arythmie, atténuation du premier bruit—si, en même temps, l'arterio sclérose est plus ou moins généralisée, la cachexie br[illegible] déjà manifeste, vous ne pouvez guère espérer retablir, [illegible] tel sujet, la compensation ni du cœur ni des reins.

Si l'on vous apprend, de plus, que ce patient, depuis longtemps averti de son insuffisance rénale, a été somis à un régime approprié, pendant une longue période, sans résultats appréciables, votre pronostic sera encore plus défavorable. Un tel malade est voisin des complications ultimes ; vous ne pouvez rien attendre de valable des agents de la thérapeutique ; et il vous sera facile de prédire au contraire qu'en dépit des meilleurs soins, il tombera victime, un jour au l'autre, des accidents les plus graves de la maladie de Bright—l'asystolie rénale ou cardiaque, la syncope, le coma urémique, les épanchements ou les hémorrhagies dans les ventricules du cerveau, etc.

Que ne pourrais-je pas dire, ici, d'une autre classe de sujets,

auxquels s'attache le plus grand intérêt pour le praticien,—jeunes filles victimes d'une néphrite mal éteinte, et dont la physionomie ne reflète, à première vue, que le masque de l'anémie ou de la chlorose—chloro-brightisme de Dieulafoy, pseudo-chlorose brightique de M. Huchard? Ce sont là des cas assez fréquents dans la clientèle et qui portent à de sérieuses méprises dans l'intervention thérapeutique, si le médecin n'a que des connaissances imparfaites sur la dissociation des actes morbides du rein et sur l'évolution quasi latente de certaines néphrites chroniques.

En effet, chez de tels sujets, le traitement par les ferrugineux, à hautes doses, les vins généreux, par l'alimentation carnée, les viandes saignantes, les extraits de bœuf concentrés, loin d'améliorer l'état général, tendent plutôt à accentuer davantage les troubles de l'auto-intoxication : la conséquence est l'aggravation de l'ensemble des symptômes et la persistance d'un état chlorotique de plus en plus marqué, tandis que, par contre l'insuffisance rénale, une fois dépistée, le régime lacté, ou le régime mixte lacto-végétarien, non seulement dissipe les malaises, mais ranime les sujets épuisés. Personne, plus que M. le Prof. Dieulafoy, n'a nettement mis en lumière les rapports du brightisme avec cette variété d'anémie ou de chlorose ; personne n'en a fait ressortir, d'une façon aussi saisissante, des enseignements plus justes et plus utiles.

* * *

L'urémie cérébrale est une autre manifestation de l'insuffisance rénale qui mérite d'attirer le plus l'attention du médecin praticien. C'est une complication que l'on peut voir apparaître à toutes les périodes de l'évolution des néphrites, et les formes qu'elle revêt sont des plus variées. Elle prend le masque : tantôt des névroses, de l'épilepsie, dans ses formes convulsives, qui sont les mieux connues ; tantôt de l'alinéation mentale, dans les

différentes variétés de délire, de manie, ou d'obnubilation intellectuelle pouvant simuler la démence chez les vieillards ; tantôt des maladies organiques du cerveau, hémiplégie avec ou sans apoplexie, simulant l'hémiplégie et l'hémorrhagie cérébrale, (hémiplégie droite avec aphasie, simulant l'embolie de l'artère sylvienne gauche) hémiplégie avec convulsions épileptiformes, monoplégies avec ou sans épilepsie jacksonnienne, simulant une lésion corticale des circonvolutions motrices, (aphasie quelquefois sans hémiplégie).

Voilà autant de syndromes qui relèvent le plus habituellement des maladies organiques du cerveau ; mais on les rencontre également dans le cours des néphrites chroniques, chez les sujets avancés en âge, ou même encore jeunes, de par le fait de l'insuffisance rénale ou de l'empoisonnement urémique. Cette pathogénie, il faut bien l'avouer, reste très souvent méconnue. Raymond, Rendu, Ballet. Dieulafoy ont rapporté des cas assez nombreux de paralysies curables ou mortelles, hémiplégiques ou partielles, avec ou sans aphasie, avec ou sans convulsions, qui ne tenaient à aucunes lésions organiques des centres nerveux. Il faut admettre, dans ces cas, que les accidents paralytiques sont dus soit à l'œdème, soit à l'intoxication urémique d'un territoire cérébral délimité : l'œdème et l'urémie pouvant également supprimer la fonction, en produisant, par un mécanisme spécial à chacun, l'anémie du territoire affecté. Les faits apportés par Carpenter, Raymond, Chantemesse, Tenneson, d'ailleurs contrôlés par des autopsies, ne laissent plus de doutes à ce sujet.

L'urémie *délirante* est une autre manifestation de l'insuffisance rénale qui peut reproduire toutes les formes de l'aliénation mentale : depuis le délire aigu avec excitation, hallucinations de la vue de l'ouïe, jusqu'aux formes mélancoliques lypémaniaques, avec phobies, idées de persécution etc. Ces formes délirantes constituent la *folie brightique*, comme on l'a désignée ;

elles ne sont pas l'un des rapports les moins intéressants à étudier dans l'histoire de l'insuffisance du rein ou des néphrites chroniques latentes. Il est facile de pressentir combien il importe au médecin d'être prévenu sur ces formes insidieuses de l'urémie cérébrale, afin de ne pas être exposé à faire enfermer comme aliéné, dans un asile, un malade qui ne serait en somme qu'un brightique, justiciable du traitement de l'insuffisance rénale, et d'un régime préventif contre l'empoisonnement urémique. MM. Dieulafoy et D. Fleury ont été témoins de plusieurs cas de ces méprises regrettables. On entrevoit, ici également, comme nous l'avons fait ressortir pour d'autres syndromes, l'intérêt qui s'attache à la recherche systématique des antécédents du brightisme et à l'appréciation des fonctions de l'émonctoire rénal, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un sujet atteint d'une forme quelconque de l'aliénation mentale. C'est dans ces cas, surtout, que les nouvelles méthodes biologiques qui servent à nous faire apprécier l'état de la perméabilité des reins trouvent leur principale application et peuvent rendre les services les plus signalés.

Les manifestations délirantes de l'insuffisance rénale coïncident parfois avec un ensemble de symptômes brightiques qui enlèvent toute difficulté pour le diagnostic. Mais le délire urémique ne survient pas seulement dans les néphrites avancées : il peut apparaître alors que le sujet n'est encore entaché que de la petite urémie, à la période initiale du brightisme. Force est de tenir compte, pour expliquer ce phénomène, des causes *prédispo antes*—l'hérédité de dégénérescence, les états névropathiques antérieurs, ainsi que des causes *excitantes*—excès alcooliques, surmenage intellectuel, émotions morales profondes : ce sont là autant de causes qui contribuent à faire éclore d'une manière précoce, ou à exagérer, les troubles délirants chez les brightiques.

L'un des cas, de plus d'intérêt, que je pourrais citer, pour mettre en lumière l'influence du défaut de la dépuration urinaire sur les troubles de l'intelligence et la détermination des syndromes rappelant les maladies organiques du cerveau, serait le suivant :

Un vieillard âgé de 71 ans, adonné depuis longtemps à des abus plus ou moins périodiques des boissons alcooliques, fut pris tout-à-coup à la suite d'un accès de dipsomanie, d'un délire aigu avec excitation maniaque. Cet état de folie aiguë, qui ne présentait aucune des hallucinations du délire alcoolique, persista pendant près de trois semaines et fut suivie d'une période de dépression générale avec confusion mentale très marquée. L'un de nos collègues, de la plus grande compétence dans les maladies mentales, fut appelé à voir le malade conjointement avec le médecin de la famille. Six semaines après le début de la maladie, l'obnubilation de l'intelligence était complète, et le diagnostic de démence parut s'imposer à l'esprit de mes deux confrères. Camme ce diagnostic ne laissait à la famille que peu d'espoir de voir le malade revenir à la jouissance de ses facultés intellectuelles, on exigea une nouvelle consultation, et je fus appelé, en troisième lieu.

Il m'eut été bien difficile, par la seule analyse des symptômes présentés par le malade, au premier examen, d'en arriver à formuler une opinion différente de celle de mes distingués collègues. Cependant, certains antécédents particuliers qui étaient à ma connaissance, de même que l'évolution de la maladie, me portèrent à exprimer quelques doutes et à faire entrer en ligne de compte une influence morbide autre que la dégénérescence sénile ou alcoolique, et qui pouvait expliquer d'une manière aussi plausible l'état de démence dans lequel le malade était tombé : c'était l'insuffisance rénale dont la reconnaissance était de nature à permettre un meilleur pronostic pour l'avenir.

De l'aveu de tous, jusqu'à l'éclosion du délire, le sujet n'avait donné aucun signe évident de cet affaiblissement progressif des facultés intellectuelles que l'on remarque généralement comme signe avant-coureur de la démence sénile.

Voici l'antécédent qui me porta à soupçonner l'influence d'une autre cause pathogénique plus directe que l'alcool, et qui semblait devoir permettre de faire entrer en ligne de compte un trouble fonctionnel de l'émonctoire rénal.

Quelques jours avant son attaque délirante, il m'avait été donné de rencontrer le malade, avec lequel j'étais en connaissance assez familière. Il me parut être, comme bien souvent, sous l'influence d'une excitation alcoolique ; mais ce qui frappa davantage mon attention ce fut la bouffissure de la figure avec pâleur, et œdème des paupières, qui ne me laissèrent guère de doutes sur une poussée congestive du côté des reins.

C'est en me basant particulièrement sur cet antécédent non moins que sur l'évolution de la maladie, que je crus devoir exprimer quelque réserve sur le diagnostic de mes collègues : l'insuffisance rénale, que j'étais porté à présumer, à première vue, pouvant servir à expliquer d'une manière également plausible, le délire aigu et la phase de confusion mentale qui y avait fait suite.

Mais on hésita à accepter cette opinion par le fait que l'analyse de l'urine, repetée deux fois, n'avait révélé aucune indice de la présence de l'albumine ou des dépouilles : aussi le diagnostic de "démence d'origine organique" fut-il maintenu. L'accord fut cependant unanime pour conseiller le régime lacté exclusif vu la crainte de l'intoxication alcoolique.

Durant les quelques semaines qui suivirent, les symptômes nerveux s'atténuèrent peu à peu, la confusion mentale se dissipa et l'individu finit par recouvrer toute la pléhitude de ses facultés intellectuelles. Trois années se sont écoulées depuis ; et, de l'aveu de tous ceux qui connaissent intimement ce malade, son

intelligence est habituellement plus claire et mieux équilibrée qu'elle ne l'était auparavant : ce qui s'explique assez naturellement par le fait que, sensible à l'épreuve qui avait porté atteinte à sa raison, il a lutté d'énergie, depuis, pour se corriger de ses habitudes alcooliques et qu'il s'est soumis à un régime approprié.

Il me semble assez rationnel de conclure que dans ce cas, l'artério-sclérose et la dégénérescence que l'âge et les abus alcooliques portaient à soupçonner, si elles avaient touché les reins, n'avaient pas encore porté aucune atteinte sérieuse à la constitution organique des neurones du cerveau. Le délire subit et la phase de dépression physique et de confusion mentale qui l'avait suivi, pouvaient être rapportés le plus vraisemblablement à une poussée de congestion rénale, dans le cours d'une néphrite chronique, et dont l'abus de l'alcool avait été la cause efficace. L'événement, chez ce malade, me semble avoir corroboré ce fait acquis à la science, que les troubles de l'insuffisance rénale peuvent reproduire les syndromes de la dégénérescence organique du cerveau.

Si le temps, qui m'est accordé, me le permettait, je pourrais citer plusieurs exemples choisis parmi les observations de ma clientèle journalière, qui démontreraient le même rapport pathogénique. Ces exemples serviraient aussi à mettre en lumière les résultats, parfois surprenants, que l'on obtient dans le traitement de ces syndromes compliqués, du moins chez les sujets qui n'ont pas atteint le dernier degré de la dégénérescence, en faisant, de l'insuffisance rénale concomitante, le pivot des indications du régime et de la thérapeutique médicamenteuse.

* * *

Mais je m'empresse d'arriver à la question du traitement, qui n'est pas la partie la moins importante, au point de vue du médecin praticien. Je ne m'en tiendrai qu'aux grandes lignes

pour ne toucher qu'aux indications les plus fondamentales qui ressortissent à la thérapeutique pathogénique.

Disons, de suite, que le traitement de l'insuffisance rénale doit être surtout préventif de la toxémie ou des accidents urémiques.

La première indication à remplir serait donc de rétablir la perméabilité rénale. Mais il importe de se rappeler qu'il s'agit, ici, d'un état morbide qui relève d'un processus de sclérose indélébile. Si l'on excepte les épisodes aigus, on ne peut guère espérer du régime ou des médicaments, qu'une action restreinte sur les fonctions d'un organe dont la structure a été ainsi compromise : le brightique est, par suite, destiné à vivre dans un état d'équilibre instable.

L'indication thérapeutique la plus essentielle, au point de vue de la prévention des accidents sera donc de surveiller et de contrôler les différentes sources de l'empoisonnement urémique du sang : le régime alimentaire, l'estomac, le tube digestif, l'appareil biliaire, les boissons, l'activité de la nutrition générale.

Il est fondamental d'établir un régime alimentaire qui prédispose le moins à l'élaboration des poisons de l'intestin, dont l'absorbtion est l'une des principales causes de la toxémie et des accidents urémiques, chez les brightiques. Il est admis par tous que c'est le régime lacté ou le régime mixte lacto-végétarien qui réalisent le mieux ce désidératum : le régime carné étant reconnu comme dangereux, dans la plupart des cas. Le régime lacté est d'ailleurs celui qui favorise le plus l'activité de la dépuration urinaire et le maintien de la perméabilité rénale.

Le régime lacté exclusif ne s'impose, cependant, que dans les épisodes aigus qui viennent entrecouper l'évolution de la néphrite chronique ; la diète hydrique, même, peut devenir une nécessité dans les cas où les accidents urémiques sont trop menaçants. Mais le régime lacto-végétarien, peut doit remplacer

le régime lacté exclusif dans les période intermédiaires : tout en apportant aucune entrave à la dépuration urinaire et il offre l'avantage de mieux soutenir les forces des patients qui ont à soutenir un travail actif.

Un autre point sur le quel il importe de bien éveiller l'attention du praticien, dans la direction du régime des brightiques, c'est le danger de certaines substances alimentaires.

On ne saurait trop attirer l'attention sur le fait que le régime *carné* agit comme une véritable source d'empoisonnement pour un bon nombre de brightiques (Dieulafoy). Les bouillons concentrés les extraits de bœuf sont dangereux comme aliments, vu la forte proportion de ptomaïnes et de toxines qu'ils contiennent. Il en est de même de tous les aliments fermentés, ou en voie de décomposition, comme les fromages avancés, les conserves de viandes, de poissons, les gibiers faisandés.

Une autre classe de substances alimentaires contre lesquelles il importe de mettre d'avance les brightiques en garde, ce sont les huîtres et les crustacés ; il n'est pas rare de voir survenir, à leur suite, les signes de l'empoisonnement urémique aigu. Les végétaux, au contraire, forment une association aussi agréable et avantageuse dans le régime de l'insuffisance rénale. Mais on doit interdire tous ceux qui peuvent avoir une action irritante sur les reins : les radis, les épinards, l'oseille, la rhubarbe, les asperges, les champignons, les truffles, la choucroute.

Les boissons fermentés ou alcooliques doivent être proscrites d'une façon générale, du régime des sujets atteints de néphrites ; tout au plus, chez les débilités, peut-on permettre de vins légers, dans des eaux minérales diurétiques.

Dans toute inflammation du parenchyme rénal, une réserve s'impose également à l'égard de certains médicaments dont l'action irritante ou congestionnante sur cet organe serait à redouter. D'ailleurs, le défaut de la perméabilité, apportant

un retard à l'élimination des substances médicamenteuses, expose à leur accumulation dans le sang et porte à des inconvénients plus ou moins sérieux : les préparations opiacées, mercurielles, iodurées, l'acide salicylique, la plupart des nouveaux analgésiques, sont les médicaments qui commandent la plus grande discrétion dans leur usage chez les brightiques,—surtout durant les épisodes aigus. On ne doit s'en servir que pour des indications spéciales, d'une manière passagère, et, encore, faut-il, dans les seules périodes de tolérance.

Le surmenage physique, qui devient une cause facile d'auto-intoxication par l'accumulation dans le sang des déchets d'une désassimilation exagérée, doit être soigneusement évité par tous les brightiques dont la dépuration urinaire est depuis longtemps en souffrance.

Les refroidissements prolongés sont également à craindre de peur d'exposer à des recrudescences de la néphrite et à la suppression des fonctions de la peau ; il faut s'efforcer, au contraire, d'assurer à l'émonctoire cutané une suractivité qui lui permette de jouer un rôle supplémentaire ou vicariant par rapport aux fonctions du rein. Parmi les moyens à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat, il n'y en a guère de plus utile que l'hydrothérapie, sous ses formes mitigées,—douches chaudes ou écossaises. Cette méthode constitue l'un des plus puissants régulateurs de la circulation des organes internes ; elle active en même temps les oxydations et la nutrition par les réactions nerveuses et périphériques qu'elle détermine.

***

Je ne m'arrêterai qu'un instant aux méthodes de traitement des grands accidents de l'urémie—de ceux qui pour la plupart commandent une intervention d'urgence.

Je signalerai, tout d'abord, l'accord pour ainsi dire unani-

me, chez tous les observateurs, pour ressusciter l'usage de la saignée comme le moyen le plus prompt et le plus héroïque de combattre les accidents les plus graves de l'intoxication urémique : les œdèmes suraigus des poumons, l'éclampsie, la congestion pulmonaire, les accidents cérébraux. Dans ces conditions, la saignée n'est pas seulement justifiée par le soulagement qu'elle apporte aux congestions localisées, à l'hypertension vasculaire, qui accompagnent ces accidents, mais parcequ'elle offre l'avantage en même temps de soustraire de la masse du sang une certaine quantité des poisons qui en sont la cause déterminante.

Dans les cas moins urgents, le traitement des grands accidents urémiques peut se résumer, du moins pour la partie la plus fondamentale, à la formule donnée par M. Huchard—les trois lavages : 1° lavages de l'estomac qui constitue la première indication à réaliser dans tous les cas d'empoisonnement alimentaire aïgu ou chez les individus qui ont déjà donné des indices d'un chimisme stomacal altéré ; 2° lavages de l'intestin, qui est le principal foyer de l'élaboration des poisons alimentaires (empoisonnement ptomaïnique) : Ces lavages doivent être pratiqués largement avec la solution de chlorure de sodium, de 7 à 8 ou 10 grammes par litre, véritable sérum artificiel dont une partie à chance d'être résorbée ; 3° lavages du sang par l'injection hypodermique de sérum artificiel. D'après Landouzy cependant, ces grandes injections de sérum donneraient le risque d'augmenter la congestion rénale et l'hypertension artérielle, surtout durant les épisodes aigus. Dans ces conditions il est plus sûr d'avoir recours, préalablement, à la saignée que l'on fait suivre des injections sous-cutanées d'eau chlorurée.

En décrivant les indications de cette méthode des trois lavages, avec ou sans la saignée, M. Huchard ajoute avec un grand sens pratique, je crois : " peu ou pas de drogues. "

***

Telles sont, sommairement exposées, les indications fondamentales de la thérapeutique préventive des troubles fonctionnels de l'insuffisance rénale et du traitement des grands accidents urémiques qui en sont la conséquence. Comme on le voit, ces indications dérivent de la doctrine de l'auto-intoxication de l'organisme par les sécrétions microbiennes, et par les *poisons* de la nutrition dont la connaissance nous a été acquise depuis les progrès de la chimie biologique,—de date relativement récente.

Vous ne pourrez vous empêcher de remarquer, combien l'application à notre sujet de ces connaissances, qui ont marqué les plus grands progrès de l'art médical, à la fin du siècle dernier, nous ramène de près aux doctrines et aux pratiques qui guidaient nos pères dans la médecine au commencement de notre ère "Nihil novum sub sole" pourrions-nous répéter avec assez de justesse.

La théorie des "*humeurs peccantes*" dominait alors la pathogénie des maladies, comme elle servait encore à guider la pratique de nos devanciers, dans ce pays il n'y a encore que cinquante ans. On pratiquait, au vieux temps, dit-on, la saignée, à tout propos, non seulement contre la pléthore et les engorgements, comme les maîtres nous l'enseignent de nouveau aujourd'hui. pour les congestions graves et les hypertensions, mais aussi pour enlever de la circulation une certaine quantité du "mauvais sang" c'est-à-dire pour diminuer la toxémie ou enlever de la circulation une certaine quantité des poisons ou toxines, tel qu'on le formule maintenant, pour le traitement des accidents graves qui résultent de l'insuffisance des émonctoires ou des organes dépurateurs du sang.

Dans l'ancienne pratique de la Médecine, on abreuvait les malades de boissons abondantes et de nombreuses variétés de

tisanes, qui avaient pour but de diluer le sang, de le rendre moins épais, moins fiévreux, et aussi d'exciter les reins à éliminer les humeurs : c'était bien là de la bonne dépuration par le lavage du sang et la diurèse, telle que les préceptes nouveaux nous commandent d'en faire non seulement chez tous les malades atteints d'empoisonnement urémique mais aussi dans le traitement des principales maladies infectieuses auxquelles nous avons fait allusion.

Les anciens ne commençaient presque jamais le traitement d'une maladie fébrile ou des voies digestives sans soumettre le patient à la méthode évacuante, par un vomitif ou une bonne purgation, afin de chasser du foie et de l'estomac un excès de bile et en même temps de purger le sang des humeurs nuisibles qu'il contenait. On se conforme à un principe identique, aujourd'hui, lorsque l'on pratique, dans les mêmes cas, avec des méthodes plus judicieuses, les lavages de l'estomac et de l'intestin afin de prévenir les auto-intoxications, tel que les indications nous en sont fournies d'après les théories nouvelles et les travaux remarquables de M. Bouchard.

La théorie des "*humeurs peccantes*" dans le sang, a été effacée, pendant plus d'un demi siècle, du domaine des doctrines courantes, et elle fut remplacée par d'autres théories plus positives qui semblaient être appuyées par les découvertes de l'histologie et de la chimie médicale appliquées à l'analyse des phénomènes intimes de la nutrition organique.

Vers la fin du siècle, alors que l'illustre Pasteur eut révélé au monde les premiers secrets de ses découvertes géniales, les doctrines microbiennes dominèrent toute la pathologie ; mais le rôle des microbes comme sécréteurs de *poisons* ou toxines ne fut pas tout d'abord nettement mis en lumière : ce n'est qu'après les travaux de Bouchard, Gautier, Roux, etc. que ces notions nouvelles sur la toxémie et les auto-intoxications dérivant des

fermentations microbiennes entrèrent dans le domaine des théories régnantes, et la vieille doctrine des humeurs reçut ainsi comme une éclatante confirmation.

Il est assez curieux de rappeler que, durant la même période, la Médecine empirique avait toujours continué de tenir compte, malgré tout, des *humeurs* dans le sang, sortes de poisons retenus dans l'économie, qui avaient été longtemps considérées comme causes pathogéniques des troubles généraux de la santé: aussi la plupart des médecines spécifiques qu'elle offrait à la faveur du public et dont la vogue existe encore de nos jours, ne réclamaient-elles guère d'autre action que celle de dépurer le sang en activant les fonctions des deux principaux émonctoires de l'économie, " le foie et les rognons " auxquels la physiologie actuelle reconnaît, en effet, ce rôle de dépuration.

N'en sommes-nous pas rendus, à vrai dire, dans l'orientation de notre thérapeutique moderne à des théories désormais bien étayées sur un fond scientifique mais qui nous ramènent, comme par un retour paradoxal, vers des conceptions anciennes, qui n'en étaient que la première intuition ? Rien de surprenant que, dans les derniers congrès de médecine,—les Congrès de Paris et de Toulouse,—les deux questions de " l'insuffisance rénale " et de " l'insuffisance hépatique " dont tout l'intérêt se rattache à la doctrine des auto-intoxications, aient été mises à l'ordre du jour par des hommes éminents dans la science ? Ces deux questions ont été étudiées sous leurs rapports les plus étendus, qui mettent bien en lumière cette influence du défaut de l'activité fonctionnelle des reins ou du foie sur la toxicité du sang et la pathogénie d'un grand nombre de troubles morbides.

Et les préceptes thérapeutiques que l'on fait ressortir de ces conceptions nouvelles sur l'insuffisance de ces deux émonctoires de l'économie, ne se rapprochent-ils pas de ceux que

fournissait au praticien des premiers âges la vieille doctrine des "humeurs peccantes ?"

Est-ce à dire, messieurs, que, sur ces deux points importants, la médecine de nos jours, pourtant beaucoup mieux éclairée, fait un pas rétrograde. Nous ne le pensons pas ; bien au contraire, puisque nous avons aujourd'hui pour appuyer ces théories, autrefois réduites à de simples hypothèses, les démonstrations les plus rigoureuses et les plus positives.

Nous oserons même affirmer que lorsque la Médecine, après avoir subi diverses oscillations entre des théories opposées, en revient à des principes et à des applications pratiques qui ont reçu la sanction d'une longue expérience, parmi la masse des praticiens, et qui, même à travers toutes les oscillations doctrinales, ont gardé l'appui du sens populaire, elle nous paraît, en réalité, plus près de la vérité *immuable* que lorsqu'elle s'attache à des méthodes nouvelles dont l'inspiration lui vient surtout de doctrines fraîchement écloses dans les recherches de laboratoires.



QUELQUES ACCIDENTS DU TABAGISME

Par M. le Docteur L.-AVILA DEMERS

(Professeur de Pathologie interne à l'Université Laval,
Professeur de clinique médicale à l'hôpital Notre-Dame,
de Montréal.)

Les enfants sont particulièrement sensibles à l'action de la *nicotine.* Ces malheureux petits êtres (ils sont légions) s'imaginent prendre un brevet de virilité en faisant leurs premières armes avec des tronçons de cigares ou de cigarettes (qui en sont les petites sœurs) ramassés dans les saletés de la rue. Un jour, en revenant de visiter mes malades, je rencontre un bonhomme de 6 ans au plus, cigarette aux lèvres: "Comment, tu fumes déjà ? Oui, je fume et je sacre aussi", répond-il.

C'est pour mettre fin à cet abus, qu'en 1890, le conseil municipal de New-York a décrété: Aucun enfant au-dessous de 16 ans ne pourra fumer dans un endroit public.

Notre bonne ville de Montréal aurait là un bel exemple à suivre, en rendant toute contravention à cette loi punissable, parce que le tabac, fumé dans le bas âge, ruine la santé et l'intelligence et ne tarde pas à conduire à l'ivrognerie, et à la misère, quand il ne conduit pas à la prison.

Les compagnies de chemins de fer,de mêmes que celles des bateaux à vapeur, ont pris une mesure bien hygiénique en isolant les fumeurs dans des endroits spéciaux. Mais il faut convenir que ces compartiments spéciaux sont fort insalubres, parce qu'on y crache beaucoup, (et ces crachats constituent un bouillon de culture mortel, pour la variété de microbes qu'ils renferment) et que ce n'est pas souvent qu'un nettoyage antiseptique vient détruire la virulence des poussières provenant de ces crachats et

QUELQUES ACCIDENTS DU TABAGISME

Par M. le docteur L. AVILA DEMERS

Professeur de clinique médicale à l'Université Laval
de Montréal.

L'homme ne meurt pas, il se tue. Il se tue par l'alcool, il se tue par les plaisirs de la table, il se tue par les plaisirs de Cythère, il se tue par l'*abus* du tabac.

La mort prématurée d'un jeune homme d'avenir m'a donné l'idée de présenter ce travail sur l'*abus* du tabac, surtout sur l'usage insensé de la cigarette.

Historique du tabac :—Lors de l'arrivée de Christophe Colomb à Cuba, en 1492, les Européens virent le tabac pour la première fois. Ils virent les Indiens qui se promenaient gravement dans les champs, un rouleau d'herbe séchée à la main. Ce rouleau, allumé à un bout, était porté à la bouche. L'Indien en aspirait une fumée bleue pâle qu'il chassait aussitôt. On attribuait à cette fumée les propriétés les plus diverses. L'usage du tabac participait à toutes les cérémonies.

Qui de nous ne se rappelle avoir lu des romans où se trouvent des personnages indiens, et où figure le calumet promené de bouche en bouche dans les conseils de la nation.

C'est Jean Nicot, ambassadeur français, qui introduisit le tabac dans la mère-patrie, en 1560. Catherine de Médicis se prit d'idolatrie pour cette herbe. Avec une telle marraine, rien d'étonnant de voir l'engouement s'établir à la cour. Il était de bon ton de s'emplir le nez de cette poudre d'or (tabac à priser) et de s'en couvrir le jabot. Ce qui fait dire à un écrivain que ce sont les narines qui ont servi de porte d'entrée au tabac en France. Mais ce ne fut pas sans opposition, en France comme en d'autres pays.

En Angleterre, Henri VIII menace du fouet ceux qui en font usage. En 1616, Jacques Ier fait décapiter sir Raleigh qui avait

favorisé l'extention du tabac dans son royaume. En 1624, le pape Urbain VIII frappe d'excommunication ceux qui font usage du tabac dans le lieu saint. En Orient, Amurat, sultan de Perse, fait couper le cou aux incorrigibles. Malgré cette guerre à mort le tabac n'en continue pas moins à se faire des adeptes nombreux. Témoin impuissant de cet engouement pour le tabac, le gouvernement songea au revenu que pouvait donner l'importation de cette feuille. Ce fut en 1621 que le cardinal Richelieu imposa sa taxe sur le tabac, taxe qui augmenta considérablement les ressources du gouvernement français.

Histoire naturelle du tabac :—Le tabac appartient à la classe des Solanées Vireuses, Opium, Belladone, Jusquiame, Stramonium, (pomme à épi). Son principe le plus actif est la nicotine, poison violent dont le nom vient de l'ambassadeur Nicot, sous François II. C'est un liquide oléagineux, transparent, à odeur forte " goudron de pipe " soluble dans l'eau froide.

On prétendait que son effet toxique sur l'économie était aussi foudroyant que [illegible] de l'acide prussique.

Pris par la bouche, le tabac est presque toujours renvoyé aussitôt par le vomissement, ce qui explique la rareté des empoisonnements occasionnés par lui. Ces empoisonnements sont précédés de nausées, sueurs froides, crampes, lypothimies, etc..

D'après Huchard (des Angines de poitrine, Revue de Médecine, 1883) la nicotine, chez les gros fumeurs, s'accumule tellement dans les tissus, que les cannibales refusent de manger leurs chairs. Les Peaux-Rouges, d'après l'*Anti-Tobacco Journal*, trempaient les dards de leurs flèches, dans une macération saturée de feuilles de tabac.

J'ai pratiqué, durant dix-neuf ans, dans le voisinage de deux manufactures de tabac et j'avais une bonne clientèle parmi leurs ouvriers. Voilà ce que j'ai eu occasion d'observer chez eux. Ils étaient, en grande majorité, surtout les anciens, reconnaissables à leur teint pâle, anémique, blafard (presque cachectique). Presque tous se plaignaient de leur digestion, présentant, la plupart, des symptômes d'anachlorhydrie. L'appétit était petit, surtout s'ils fumaient à jeun. Un grand nombre se plaignaient de vertiges. Ces vertiges venaient-ils de la nicotine, qui aurait, d'après quelques auteurs, la propriété de faire contracter les vaisseaux de l'encéphale ou de l'estomac ? Les fumeurs (les nouveaux initiés) ont comme

un mal de mer ; ils ont souvent des accès de faiblesse dans les jambes, la démarche devient incertaine. Qu'ils cessent de fumer, la démarche se raffermit. Quand je mettais ces malades au repos quelques jours, le vertige disparaissait.

Un fait qui m'a frappé, c'est que tous ces malades, ou au moins la majeure partie, avaient le pouls ralenti. Aurions-nous ici une explication de l'angine de poitrine si fréquente chez les artério-scléreux grands fumeurs ? Lancereaux nous a souvent répété que le tabac excite le pneumogastrique, et la preuve c'est qu'il ralentit généralement le pouls. Et il est admis, que des trois façons de fumer, celle qui expose le plus aux accidents angineux, c'est sans conteste la cigarette. L'usage de la cigarette est beaucoup plus malsain que celui du cigare, c'est l'avis de N. Rochard, de même que celui de M. Hachard (Annales d'Hygiène 1883). Que penser de ces pauvres insensés qui fument de 50 à 60 cigarettes par jour avec la pernicieuse habitude de faire passer dans les bronches la presque totalité de la fumée inspirée. Est-il étonnant qu'ils éprouvent vite des angoisses inexprimables avec menaces de suffocation. Qu'est-ce qui porte le dilettante à avaler la fumée de la cigarette ? C'est parceque la sensation éprouvée est plus vive, la cigarette a plus de goût, elle est aussi plus vénéneuse, car les vapeurs chargées de nicotine, dissoute par le mucus des bronches, vont imprégner directement la muqueuse, irriter les filets nerveux terminaux du pneumogastrique. Le fumeur de cigarette ne cesse d'avoir, du matin au soir, la cigarette à la bouche. Un fumeur *enragé* a calculé qu'en trente années, il avait grillé à peu près 300,000 cigarettes, six lieues de cigarettes, si on les mettait bout à bout (Journal de 94).

D'après Huchard, ces insensés peuvent faire de l'angine de poitrine gastro-tabagique résultant des troubles digestifs si fréquents chez les fumeurs par action réflexe retentissant sur le cœur.

Angine spasmo-tabagique, résultant de l'état spasmodique des coronaires, sans altération du myocarde.

Angine scléro-tabagique par sclérose des coronaires. Les deux premières sont fonctionnelles, la dernière est une angine vraie et très grave.

Les oculistes peuvent constater très souvent des cas d'amaurose double sans lésion appréciable. Le pourcentage en est énorme. Déjà en 1864, Hutchison, sur 37 amaurotiques, comptait 23 fu-

meurs. Peu de personnes peuvent fumer plus de 20 grammes par jour sans que leur vision s'affaiblisse, Cependant on voit souvent des orgies de 50 à 60 cigarettes par jour, ce qui fait 60 grammes de tabac.

Sichel (Union Médicale 1863) est d'opinion que le tabac affaiblit la mémoire : "Grand fumeur, petite mémoire".

Le tabac est-il nuisible au sens génésique ? .

Le docteur Lecorre, dans sa thèse de 1895, appelle le tabac : la quasi castration de l'homme. D'après lui le tabac éteint le sens génital de l'homme. Des expériences ont été faites sur des animaux prolifiques.

Le même docteur Lecorre cite l'expérience du docteur Decroix. De deux lapins, l'un fut exposé chaque nuit aux vapeurs du tabac, l'autre en fut exempt. On leur donna même nombre de femelles. Celles du lapin nicotinisé mirent au jour 13 petits, au bout de 3 mois il n'en restait plus que 9. Celles de l'autre eurent 27 petits, et au bout de 3 mois, 21 vivaient encore.

Un autre mauvais effet du tabac c'est le tremblement qu'il provoque. Nos chirurgiens fument peu. Ceux que je vois opérer avec le plus de sûreté ne sont pas de grands fumeurs. J'ai un patient grand fumeur de cigarettes, qui roulait lui-même ses cigarettes. Il se plaignait de crampes dans e pouce, l'index et le médius des deux mains. Pouvons-nous appeler cette crampe "professionnelle"? Attribuerons-nous au tabac le cancer de la lèvre inférieure qui se montre si souvent chez les fumeurs après qu'ils ont dépassé la quarantaine ? On le remarque surtout chez ceux qui fument la pipe. Celle-ci use les dents, qui s'aiguisent et par leur contact irritent la lèvre. L'extrémité du tuyau, quand il est à pointe saillante, irrite la langue. Si ce tuyau est court, pour peu qu'il y ait un point d'érosion sur la langue, ce point est frappé à chaque inspiration par la fumée chaude et âcre.

Le tabac est-il une cause d'irritation dans l'étiologie de la leucoplasie buccale, caractérisée par l'existence de squames blanches épaisses et indurées, siégeant surtout à la face dorsale de la langue?

D'après Vidal et Clark, cette affection se transforme souvent en *épithélioma*, se rencontre souvent chez les gens malpropres qui n'ont pas soin de leur bouche.

qui se promènent à leur aise et vont exposer les voyageurs. C'est bien ici le cas de dire que ces fumoirs, de même que les cafés, les restaurants, les cercles sont des établissements insalubres, surtout l'hiver. Que dire d'une chambre à coucher où l'on passe la majeure partie de la soirée, de la nuit même, où l'on fume en grand nombre, où dort ensuite le pauvre locataire dans le voisinage d'un véritable cimetière de cigares et de cigarettes, avec crachoirs remplis de cendres et de crachats, quand les bouteilles vides n'ajoutent pas à l'horreur du tableau. Je défends systématiquement à mes patients de fumer, ou de laisser fumer dans leurs chambres.

Le docteur Despierris, dans son ouvrage sur le tabac, fait un réquisitoire des plus violents contre l'usage immodéré du tabac et son effet désastreux sur le cerveau.

Deux jeunes gens assassinent, pour voler, une porteuse de pain. La justice les trouve fumant tranquillement en face du cadavre et cherchant les moyens de s'en débarrasser.

Un garçon de 20 ans, étiolé par la nicotine, attire chez lui une fillette de 4 ans et la tue. Il cache le cadavre dans la paillasse de son lit. La mère de l'enfant trouve le meurtrier grillant une cigarette.

Troppman aurait commis son crime la cigarette aux lèvres.

Un volume énorme ne suffirait pas pour montrer tous les méfaits dûs à l'abus du tabac.

D'après les docteurs Doléris et Lancereaux, le tabac et l'alcool seraient les principaux facteurs de la dépopulation en France.

Voici ce que nous dit Lancereaux, à propos de ces deux poisons : " Il est un fait irrécusable, c'est que, sous le rapport des forces physiques et de la stature, le peuple a dégénéré de ces ancêtres. "

Diminution de la force physique, abaissement de la taille,

stérilité relative et accroissement de la mortalité, tels sont les principaux effets du tabac et de l'alcool.

C'est un fait reconnu, que tout homme qui se plaint de diminution du sens génésique, dans la force de l'age, avoue avoir beaucoup bu et avoir fumé à l'excès.

Voies d'absorption du tabac.—On peut s'intoxiquer par le tabac, en le mâchant ou en le fumant. Comme mes observations ne portent que sur des fumeurs, je ne m'occuperai que de ceux-ci. Le fumeur absorbe la nicotine par les voies respiratoires et les voies digestives, et la fumée du tabac est toxique non seulement pour le fumeur, mais pour les personnes qui, ne fumant pas, respirent dans un atmosphère saturé de fumée. J'ai souvenance d'un tousseux artério-scléreux, (il en portait tous les stigmates) qui était pris d'angine de poitrine chaque fois que l'on fumait un peu fort dans la pièce où il se trouvait.

Le fumeur de cigarette aspire, déglutit pour ainsi dire la fumée de celle-ci. Il l'introduit directement dans les poumons, mettant ceux-ci en contact intime avec ses produits toxiques, surtout la nicotine. Par sa présence dans la bouche, la nicotine suractive la sécrétion de la salive dans laquelle elle se dissout en partie. Cette salive est souvent avalée, par le fumeur de cigarette surtout, volontairement ou involontairement. Rien d'étonnant alors que le fumeur se plaigne de symptômes gastro-intestinaux, digestions pénibles avec vomituritions, et de débâcles intestinales parce qu'il est reconnu que le tabac est un irritant des intestins. Ces faits se rencontrent chez les fumeurs de cigares qui mâchonnent la dernière partie du cigare dont ils font une véritable chique.

C'est surtout par sa quantité que la cigarette est nuisible Les cigarettes se suivent sans interruption. Les esclaves de celles-ci, pendant qu'ils en grillent une, en roulent entre leurs doigts une autre, qui sera allumée à la précédente.

Mais il est bon de se rappeler que les tabacs n'ont pas tous la même teneur en nicotine.

Le tabac non préparé contient jusqu'à 9o/o de nicotine, tandis que le tabac préparé n'en contient qu'un maximum de 2o/o.

Voici comment est préparé le tabac. Les feuilles sont soumises à une fermentation artificielle par humidité et chaleur. Elles sont ensuite étendues sur un réchaud pour y sécher. On comprend qu'il s'y fait tout de suite une déperdition importante de nicotine. Les feuilles sont ensuite arrosées avec un mélange de substances aromatiques : sucre, réglisse, chlorure de sodium et nitrate de potasse.

Observation I—Jean K....âgé de 22 ans, étudiant, a eu des épitaxis, des migraines, herpès aux lèvres, eczéma, cors aux pieds, etc., en un mot c'est un herpétique. A trois ans, rougeole sans complication. Aucune maladie vénérienne. Il vient me consulter pour des malaises qu'il ressent depuis quelques semaines. Il a souvent des palpitations et la sensation d'un "cœur gros". Entre le sternum et le mamelon gauche, dans une surface s'étendant de la 3e à la 6e côte gauche, il a une sensation de gêne de plénitude thoracique, avec engourdissement du côté gauche de la poitrine. Le malade ne s'est jamais levé la nuit pour uriner et n'accuse aucun symptôme de Brightisme. Urine 1,500 cc, pas d'albumine, pas de sucre, etc. Croyant avoir affaire à un herpétique, j'écris une ordonnance *ad hoc*. Quelques jours après mon patient revient et n'a ressenti aucune amélioration, au contraire. J'allais diriger mes batteries d'un autre côté quand il me vint à l'idée de demander à mon étudiant s'il fumait. Si je fume, mais oui, docteur, comme tout étudiant, c'est-à-dire que la cigarette, le cigare ou la pipe ne me laisse pas, quand cela est possible. Eh ! bien, mon jeune ami, je vais mettre votre énergie à l'épreuve : soyez huit jours sans fumer du tout, et revenez me voir. Je ne vous

prescrit aucun traitement. Huit jours après je recevais la visite de mon étudiant, enchanté du succès de l'épreuve qu'il avait subie volontiers, car il se croyait pris d'une maladie organique du cœur, ce qui l'effrayait beaucoup ; et l'on sait que l'herpétique, ordinairement, est impressionnable Ceci se passait en 1900. Un an après, je reçois la visite d'un jeune homme dont la figure ne m'était pas inconnue. Il se plaignait de maladie de cœur. Après mon interrogatoire et mon examen, je lui demande s'il fumait, lorsqu'il me répond : Oui, docteur, c'est moi à qui vous avez conseillé de ne pas fumer l'an dernier. J'ai suivi votre conseil et j'ai toujours été bien. Mais ces jours derniers j'ai fait un *excès de fumerie* qui a dû réveiller le chat qui dormait (sic) et comme j'ai continué à fumer mes malaises ont augmenté. J'ai congédié mon intoxiqué avec des conseils que je savais qu'il suivrait. J'ai occasion de rencontrer ce jeune homme de temps à autre, et chaque fois que je demande des nouvelles de son cœur, il me répond : Je suis bien, mais aussi je ne fume pas.

Observation II—H. L., âgé de 42 ans, employé civil. Calvitie en fer à cheval. Veinules aux joues et aux ailes du nez. Porté à l'embonpoint. Ostéophites aux articulations des genoux se traduisant par des craquements dans les moments de flexion et d'extension. Ongles en stries, en escalier, pigmentation des jambes. Se lève la nuit pour uriner. Fait un usage journalier de boissons alcooliques, mais s'enivre rarement. C'est un monsieur que je n'ai jamais vu sans qu'il soit occupé à aspirer et à chasser de fortes bouffées de fumée d'un cigare, et il a toujours quatre ou cinq cigares dans la poche de son gilet. La première fois qu'il vient me consulter, il s'installe avec un air de condamné sur un fauteuil dans mon bureau, et me tend son bras avec un geste lugubre : Docteur, j'ai peur, j'ai une maladie de cœur. Le cœur me saute dans la poitrine, j'ai là

quelque chose qui m'étouffe, et il porte la main sur le gauche du sternum, dans la région précordiale.

A ma question, il affirme que la douleur se propage dans le plexus brachial, surtout le gauche. La face est pâle, anxieuse, terrifiée.

Le poumon est normal, quoique d'après mon sujet, l'air n'entre pas, il lui semble.

Le cœur ne donne aucun signe clinique de lésions organiques, mais il est ralenti, soixante pulsations à la minute.

Convaincu que j'avais affaire à un cas d'angine de poitrine tabagique, j'écrase dans une compresse une perle de nitrite d'amyle que je fais respirer au malade. L'angine disparaît, de même que la pâleur et mon patient part enchanté. Voilà un monsieur qui vient me consulter souvent et que je ne puis guérir de sa maladie de fumer et ...de boire. Je l'ai pourtant prévenu des dangers auxquels il est exposé. Dieulafoy l'a dit : "Tout individu atteint d'angine de poitrine peut être enlevé par la mort subite". Et souvent on ne trouve pas de lésions à l'autopsie. Le fumeur est un pécheur endurci chez qui l'accoutumance se crée vite. Pour lui la passion du tabac est bien innocente. Il méprise toute remontrance.

Observation III—J. B., âgé de 50 ans, gérant. Vient me consulter pour une diarrhée qui l'ennuie depuis plusieurs années. Il est obligé de se présenter à la garde-robe plusieurs fois par jour et souvent il n'envoit que des gaz avec des mucosités sanguinolentes, précédés de coliques assez fortes.

Voilà un monsieur que je connais comme un fumeur enragé de cigares forts, mais faisant un usage trés modéré de boissons fortes. S'abstient-il de fumer, ses visites au W. C. diminuent. Fume-t-il de nouveau, les pérégrinations recommencent. Il a fini par me dire : Vous avez raison, docteur, c'est le tabac qui

me tape sur le ventre. Mais vous me demandez l'impossible. Je ne puis cesser de fumer. Il fume encore et la diarrhée persiste.

Observation IV—J. H., âgé de 35 ans. N'a jamais fait usage de boissons alcooliques, ni de boissons avec essences, mais il fume depuis vingt ans. Depuis quelqes années, il remarque qu'il se lève de son siège avec difficulté et éprouve de la gêne pour se mettre en marche. Il éprouve des accès de faiblesse dans les jambes. Sa démarche devient tellement incertaine qu'il est obligé de donner le bras à quelqu'un ou de se tenir aux maisons. Il éprouve une certaine difficulté pour commencer à écrire. Je parviens à le décider de cesser de fumer et ces ébauches de la maladie de Thomsen disparaissent et il retrouve dans sa démarche une sûreté inusitée.

Observation V—E. L., âgé de 45 ans, entrepreneur. Calvitie en fer à cheval. Artères temporales faisant relief. Pigmentation des jambes. Arthrite déformante. Craquements des genoux. Radiales en trachée d'oiseau, etc. Fumeur passionné de cigarettes dont il *déglutit* la fumée. Il y a deux mois, en sortant de son bureau, il allume un cigare. Tout à coup, il se sent faiblir, tout tourne autour de lui. Depuis, il a eu de l'embarras momentané de la parole presque tous les jours jusqu'à ce qu'il vienne me consulter, il y a un mois. Sur mes instances, il a renoncé au tabac et les vertiges ne se sont plus présentés. (Je vois souvent ce Monsieur depuis le congrès de Québec, et il n'a pas eu de vertiges ni d'aphasie transitoire.

Observation VI—H. P., ancien marchand, âgé de 58 ans. Respiration courte et bruyante. Il est remarquable par son obésité, ses lèvres cyanosées, le tirage suprasternal, les veinules des joues et du nez. En découvrant le thorax, je remarque que celui-ci est agrandi dans ses diamètres. Les côtes sont relevées. Les espaces intercostaux sont élargis, le sternum fait saillie en avant :

thorax globuleux. Au palper les vibrations sont abolies. Le murmure vésiculaire est remplacé par une inspiration humée, brève, l'expiration est prolongée. On dirait que le malade ne cessera pas d'expirer. Semblable à une bande élastique, usée, étirée et lâche le poumon a perdu son ressort naturel, il ne reprend pas son volume primitif.

A la percussion on dirait un thorax enveloppé d'une couche d'ouate.

A l'auscultation, un orage de râles sibilants, ronflants à grosses et à petites bulles, roucoulements, etc. Détail important dans l'espèce, lorsque ce monsieur est entré dans mon bureau, il avait à la main une grosse pipe de bois (sweet briar), noire, reluisante, annonçant beaucoup d'exercice et un long usage. "Vous êtes un gros fumeur, lui demandai-je ?—La première chose que je fais le matin, au saut du lit, c'est de bourrer ma pipe et de tirer une bonne touche. Je préfère une bonne pipée à un succulent déjeuner".

Lorsque je lui annonçai qu'il faudrait renoncer à la pipe, sa réponse a été : "Jamais je ne pourrai."

La même nuit, le téléphone me mandait en toute hâte près de ce patient que je trouvai en proie à un accès d'angine de poitrine. Cette attaque a été le prélude d'une série d'autres qui ont fini par emporter mon pauvre fumeur quelques mois après. Mes instances n'ont pu parvenir à le faire *défumer*.

Observation VII—Il y a dix mois à peine, j'étais consulté par un jeune médecin qui accusait une sensation de constriction derrière le sternum, avec douleurs dans le bras gauche et jusque dans la nuque. Ce monsieur m'avoua qu'il fumait un très grand nombre de cigarettes par jour. Le pouls était lent avec des irrégularités. Comme à beaucoup d'autres, je lui conseille de ne pas fumer et de revenir me voir. J'ai eu occasion de rencontrer mon jeune confrère plusieurs fois avant qu'il parte de

Montréal. Un jour, j'apprends sa morte subite. On m'a assuré qu'il s'était remis à fumer les cigarettes comme avant.

Observation VIII— Un de nos confrères d'apparence herculéenne, a été refusé par des compagnies d'assurances sur la vie, parce que son pouls présentait des irrégularités. Il me dit qu'il est sûr que ces irrégularités étaient dues au tabac dont il faisait un usage exagéré, dans le temps.

CONCLUSION

De tous les organes c'est le cœur qui ressent le plus l'action nuisible du tabac.

Les fumeurs de cigarettes sont les plus exposés parce qu'ils respirent et emmagasinent la fumée dans leurs alvéoles pulmonaires.

Aussi est-ce chez eux qu'on observe le plus souvent l'angine de poitrine.

La suppression du tabac fait disparaître les accidents du tabagisme.

J'aurais pu citer des observations *ad nauseum*, mais j'en ai donné assez pour prouver l'influence pathologique du tabac chez ceux qui en abusent. Loin de condamner systématiquement la pipe, le cigare et la cigarette, j'admets que le tabac peut être utile. Le vin ne joue de mauvais tours qu'à ceux qui ne savent pas en user, qu'à ceux qui se grisent souvent.

PROPHYLAXIE DU NICOTINISME

Les inconvénients de la nicotine, du cigare ou de la cigarette seront atténués par l'usage d'un fume-cigare ou d'un fume-cigarette long et neuf. De cette façon, les lèvres ne seront pas touchées par la nicotine. Celle-ci, entrainée par la fumée, sera absorbée par les parois poreuses du fume-cigare. Après un long

usage, le fume-cigare devient éburné et n'absorbe plus de nicotine, il devra être rejeté. On devra se servir d'un pipe à long tuyau. L'idéal de la pipe, pour moi, est le narguilé, parce que la fumée, passant dans une eau parfumée, est pour ainsi dire lavée et la nicotine est neutralisée.



LES INJECTIONS EPIDURALES DE COCAINE AU POINT DE VUE MEDICAL

Par J.-A. LESAGE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Après les succès retentissants de la rachicocaïnisation, tant prônée par ses pères, et ses échecs non moins fameux évoqués tour à tour par ceux qui en furent, dès la première heure, les adversaires apparemment convaincus, la méthode épidurale se révèle, sous des dehors beaucoup plus humbles, comme étant un moyen thérapeutique puissant dont la simplicité de technique jointe à son innocuité absolue lui réservent une lace à part dans la thérapeutique médicale pure.

I. Historique.

Les dangers de la rachicocaïnisation, considérés au double point de vue général et local, avaient suggéré à quelques expérimentateurs l'idée de rechercher une voie plus facile pour introduire dans le canal rachidien des solutions médicamenteuses dans le but premier de pallier la douleur.

Le 20 avril et le 4 mai 1900, M. Sicard décrivait, à la Société de Biologie de Paris, un nouveau procédé d'injections rachidiennes pratiquées par la voie sacro-coccygienne (1). L'auteur rapportait neuf cas de névralgie lombaire et des membres inférieurs guéris ou améliorés par l'injection d'une solution de cocaïne dans l'espace épidural. Il concluait que cette méthode,

(1) Sicard :—" Les injections médicamenteuses extra-durales par voie sacro-coccygienne "—Soc. Biologie, 20 avril 1900.
—" Les injections épidurales sacro-coccygiennes.—Soc. Biologie, 4 mai 1900.

peu utile au point de vue chirurgical, était employée avec succès et *sans danger* pour supprimer la douleur d'ordre médical pur.

Le 27 avril 1901, M. Chatelin, interne des hôpitaux, communiquait à la Société de Biologie le résultat de ses expériences (1).

En janvier 1901, dans le laboratoire du professeur Richet, expérimentant sur des chiens, il introduisit une aiguille au-dessous du cône dural, par l'orifice inférieur du canal sacré et y faisait pénétrer des solutions de cocaïne et de chloral ; il obtenait ainsi, dans les deux cas, une analgésie de tout le corps durant une ou plusieurs heures. En février, le même auteur expérimentait chez l'homme, dans le service de Lejars, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec un égal succès. Cette méthode, primitivement de laboratoire, passait, dès lors, dans le domaine de la clinique,

Le 10 mai 1901, M. Widal signalait les bons effets de la méthode dans la névralgie intercostale et au cours des crises gastriques d'un ulcère de l'estomac (2).

A la même époque, (3) M. Souques rapporte un cas de guérison d'une sciatique au bout de deux jours, après une injection de 1 centigramme de cocaïne en solution de 1 p. 200.

Le 25 mai 1901, M. Brocard (4) présentait devant la Société de Biologie les résultats de ses essais sur un certain nombre de malades choisis dans les services des professeurs Brissaud et

(1) CHATELIN :—" Méthodes des injections épidurales par le procédé du canal sacré.—Soc. Biologie, 27 avril 1900.

(2) WIDAL :— " Traitement des douleurs intercostales par la méthode d'analgésie épidurale de Sicard. "—Soc. méd. des Hôpitaux, 10 mai 1901.

(3) SOUQUES :—" Analgésie épidurale de Sicard. "—Soc. méd. des Hôpitaux, 10 moi, 1901.

(4) BROCARD :—" Injections épidurales par la méthode de Sicard. "—Soc. Biologie, 25 mai 1901.

Raymond : 1 cas de zôna, 2 cas de douleurs fulgurantes du tabes et 1 cas de lumbago.

Le 30 mai 1901, M. Colleville (1) rapporte trois observations de sciatique traitée et guérie par cette méthode, à l'exception, cependant, qu'à la cocaïne, il a substitué le gaïacol orthoformé.

Le 12 juin 1901, M. Chipault (2), en modifiant légèrement la méthode, a pu obtenir une analgésie suffisante pour réséquer le coccyx et suturer une fissure à l'anus.

Telles sont les principales étapes parcourues par cette méthode depuis sa naissance jusqu'à nos jours.

II. Anatomie

(1) *Anatomie topographique :* Nous avons dit plus haut que cette méthode était d'une innocuité absolue. Etudions ensemble l'anatomie topographique sommaire de la région et voyons jusqu'à quel point cette affirmation est juste.

En jetant un coup d'oeil sur l'une de ces figures, on distingue très nettement les deux artères spinales postérieures qui irriguent la moëlle dans toute sa hauteur. Leur disposition géographique permet de comprendre que, s'il est possible de piquer l'une d'elles, en pratiquant une injection lombaire—méthode de de la rachicocaïnisation proprement dite—la chose devient impossible par la méthode épidurale. En effet, le cône terminal ne s'étend pas au-delà de la 2e vertèbre sacrée ; or, comme les deux spinales postérieures qui accompagnent la moëlle dans toute sa longueur s'anastomosent à ce point avec l'antérieure à angle droit, il est facile de comprendre qu'une aiguille venant

(1) Colleville : —*Union Médicale du Nord-Est*, 20 mai 1901.—" Sur un cas de névralgie sacro-lombaire traité par des injections épidurales de gaïacol orthoformé. "

(2) Chipault :—" Sur la rachicocaïnisation sousarachnoïdienne et épidurale. "—Soc. Biologie, 1er juin 1901.

d'en bas ne pourrait pas atteindre ces vaisseaux, attendu que l'espace qui sépare le cône terminal du point d'élection de la ponction est de 7 centimètres environ, et que l'aiguille ne pénè-

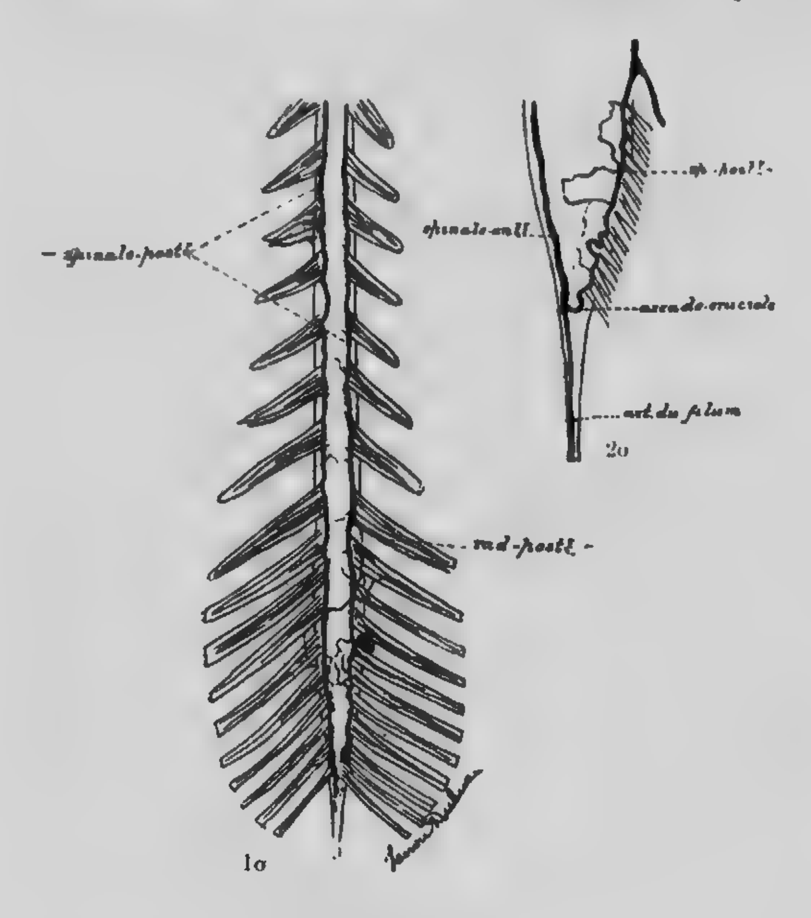


PLANCHE I

1o. Distribution des vaisseaux de la moëlle : les deux artères spinales postérieures.
(Poirier—Tra té d'Anat)

2o. Anastomose des deux artères : spinale post. et spinale ant. formant l'arcade cruciale (cone terminal.)
(Poirier—Traité d'Anat.)

tre pas à une profondeur de plus de 3 à 4 centimètres. Donc, au point de vue des artères, point de danger.

Et les nerfs terminaux qui viennent s'épanouir à la façon d'un évantail dans le sanal sacré—ce que l'on nomme la queue de cheval—y a-t-il possibilité de les léser ?. . . . Pas davantage.

Les nerfs qui viennent mourir à l'extrémité inférieure du canal sacré, accompagnés de leurs veines et enveloppés d'une graisse très abondante, semi-fluide, sont appliqués contre la paroi antérieure, comme le démontre cette figure (Voir pl. II) ;



PLANCHE II

Coupe verticale du sacrum : nerfs de la queue de cheval. La crête des vertèbres sacrées a été sectionnée et enlevée afin de laisser voir la distribution des nerfs sacro-coccygiens.

l'aiguille pénètre librement en arrière d'eux dans une gouttière médiane verticale, creusée dans la paroi postérieure osseuse du canal.

Restent les nerfs coccygiens dont la lésion, si elle ne peut pas toujours être évitée, n'est pas grave.

Un troisième danger pourrait venir de la pénétration de la substance injectée dans l'encéphale par le trou occipital ; mais Chatelain a démontré, par des injections colorées chez le chien, que le liquide était arrêté à la région cervicale supérieure par l'insertion de la dure-mère au pourtour du trou occipital. L'injection reste donc localisée à la moëlle, sans danger pour le cerveau.

Donc, au point de vue des lésions graves pouvant porter quelque préjudice au malade, l'opération ne fait courir aucun risque.

(b) *Points de repère* : 1° En jetant les yeux sur cette planche (Voir pl. III) il est facile de constater que des points de repère précis permettront de circonscrire sur le vivant les limites de l'hiatus où l'opérateur devra enfoncer son aiguille. En suivant, avec le doigt, la crête sacrée, on sent nettement dans la partie inférieure la présence d'un tubercule plus ou moins arrondi, c'est le tubercule médian ou supérieur ; en poursuivant l'examen, on sent également, mais un peu plus bas et de chaque coté, deux tubercules plus petits donnant à cette partie inférieure la forme d'un V renversé. (Λ)

2° Un deuxième point de repère est le suivant : recherchez avec l'index la pointe du coccyx, remontez à 7 centimètres au-dessus, vous touchez la pointe médiane de l hiatus compris entre les trois tubercules que je viens de signaler à votre attention.

(c) *Lieu d'élection de la ponction* : Recherchez les deux tubercules latéraux et enfoncez votre aiguille un peu au-dessus de la ligne bi-tuberculeuse ; elle traverse le trousseau fibro-aponévrotique sacro-coccygien et pénètre dans le canal sacré, d'arrière en avant et de bas en haut. La figure de la pl. IV représente assez exactement la position de l'aiguille une fois qu'elle st en place. (Voir plus haut.)

III. Physiologie

Au point de vue physiologique, trois points principaux sont importants à connaitre. Je me contenterai de les énumérer brièvement, car ils ont été bien mis en lumière par les travaux de Laborde, de Chatelain et de Sicard.



PLANCHE III

Cette figure représente le sacrum vu de dos. — 1. Tubercule médian sup. 2-3, Tubercules latéraux

1° La *tolérance remarquable* de la cavité épidurale vis-à-vis des liquides non toxiques. Certains auteurs ont pu injecter plus d'un litre chez des chiens de poids moyen, sans aucun trouble ; il n'y a jamais eu de phénomènes de compression. Il importe de connaitre ce fait car des quantités de liquide trop petites, des dilutions trop concentrées perdent plus de la moitié de leurs effets. Il faut se servir de *solutions très étendues*

et non pas un ou deux centimètres comme nous l'avons nous-même pratiqué dans les débuts ;

2° La *diffusion facile* du liquide dans les régions supérieures ;

3° L'*absorption rapide* de la masse liquide due à la présence d'un riche plexus veineux dont l'existence a été bien démontrée par Walther, chirurgien des hôpitaux de Paris, et qui constitue une des conditions les plus avantageuses à l'absorption des substances médicamenteuses solubles que l'on y dépose ;

4° Le *mode d'action* qui indique plutôt une action générale que locale. En effet, l'expérimentation tend à prouver que la cocaïne, en particulier, n'agit pas directement sur les racines nerveuses, mais par osmose au travers des riches plexus veineux intra rachidiens qui forment presque à eux seuls tout l'espace épidural ; " espace, dit Chatelain, plus physiologique qu'anatomique, plus virtuel que réel, et qu'on déplisse comme une séreuse au cours des injections. "

La cocaïne agit donc par voie circulatoire, et il est probable que toutes les substances facilement assimilables agiront de même, d'où l'extension de la méthode au point de vue médical. (Chatelin).

IV. Technique opératoire.

La technique opératoire exige certaines précautions qu'il est utile de bien connaître si l'on veut obtenir un plein succès thérapeutique.

1° *La position du malade :* On a décrit trois positions que chaque auteur s'efforce de conseiller comme la meilleure.

(a) Chatelin fait placer son malade en position *génupectorale.* Les femmes s'en trouvent très mal, et quelquefois l'opérateur lui-même.

(b) Chipault met son malade en position de *Trendelenbourg.*

afin, dit-il, de faciliter la pénétration du liquide jusque dans les régions supérieures du rachis.

(c) Sicard fait coucher son malade dans le *décubitus latéral* du côté malade ; les jambes sont fléchies sur les cuisses, celles-ci fléchies sur le bassin. C'est la position en chien de fusil.

Nous avons choisi tantôt l'une, tantôt l'autre de ces deux dernières positions. La position conseillée par Sicard est commode surtout chez les gens obèses ; elle tend fortement le ligament sacro-coccygien et dessine mieux sous la peau les tubercules qui forment les points de repère que nous avons décrits plus haut ;

2° *Le choix de l'instrument :* Nous nous servons généralement de la seringue de Pravaz ou de celle de Luer qui est de verre et parfaitement stérilisable, munie d'une aiguille en platine iridié, longue de 5 à 6 centimètres, que nous flambons avant et après chaque opération. Inutile d'ajouter que l'instrument doit être tenu dans des conditions d'asepsie parfaite ;

3° *La substance active :* La plupart des auteurs emploient la solution aqueuse de *chlorhydrate de cocaïne* à 1 p. 200, où à 1 p. 100, à la dose de 2 à 4 centimètres cubes.

Colleville a employé le gaïacol orthoformé selon la formule suivante :

Gaïacol cristallisé........................6 grammes
Orthoforme...........................o gr. 50 centig.
Acide benzoïque..........................o gr. 365 millig
Huile d'amendes douces stérilisée à 120° : q. s. p .60 c. c.

L'auteur a employé cette solution dans un cas de sciatique rebelle à la dose de 2 c. c., à vingt-quatre heures d'intervalle avec un succès complet. J'ai employé, dans ces derniers temps une solution de *cocaïne pure* dans la vaseline liquide au même titre que la solution aqueuse.

Stérilisez au bain-marie à 100° pendant vingt minutes. Injectez le tout en une seule dose (1).

Il m'a semblé que les effets de la cocaine en solution dans l'huile se prolongeaient beaucoup plus longtemps et que sa diffusion dans le canal était plus marquée qu'avec la solution aqueuse.

4° *Acte opératoire.* Faites l'asepsie de la peau du malade et des mains de l'opérateur ; recherchez vos points de repère avec l'index gauche, placez-vous à gauche du malade ; saisissez bien

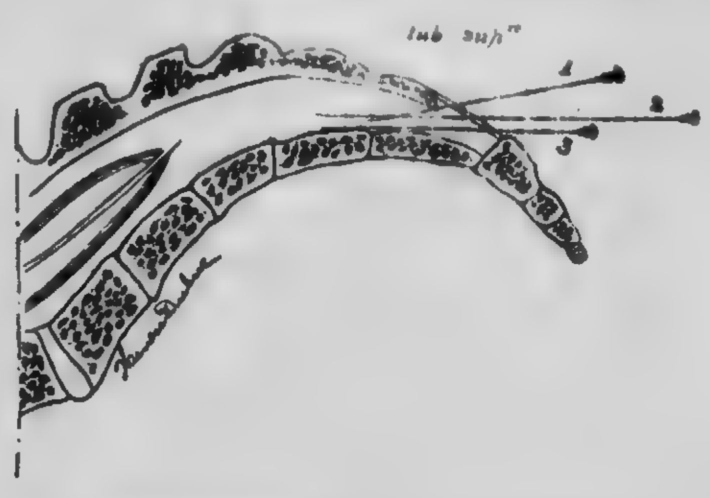


PLANCHE IV

Coupe antéro-postérieure du sacrum, laissant voir le canal sacré. 1-3 indiquent les aiguilles en mauvaise direction. 2 indique l'aiguille en bonne position

votre aiguille *seule* entre le pouce et l'index de la main droite, et enfoncez-la dans la direction du pli fessier, audessus d'une ligne passant par les deux tubercules sacrés postéro-internes. L'aiguille pénètre doucement d'arrière en avant en donnant au doigt une sensation de résistance semblable à celle que l'on

(1) Je fais remarquer en passant, que le chlorydrate de cocaïne, n'est pas soluble dans l'huile, il faut spécifier la *cocaïne pure*.

éprouve en crevant une peau de tambour. Ajustez votre piston et poussez le liquide tranquillement.

Quant au dégré d'enfoncement : nous suivons le conseil donné par Chipault qui enfonce son aiguille de quatre à cinq centimètres. Dès que l'on a vaincu ce premier obstacle, il importe de donner à l'instrument une direction bien médiane ; on abaisse légèrement le manche de l'aiguille afin d'en relever la pointe qui pourrait blesser les nerfs coccygiens et leurs ganglions : on entre alors comme dans un corps mou sans rencontrer de difficultés (Chatelin). (Voir planche IV.)

D'autre part, il importe de ponctionner obliquement afin d'éviter de pousser l'aiguille trop superficiellement et de rester sous la peau, pratiquant ainsi une simple injection hypodermique sans effet pour le malade. De plus, il faut se garder de ponctionner trop bas car on est à peine dans le canal sacré et le résultat obtenu est imparfait. Une dernière mesure de précaution utile est l'anesthésie locale au *chlorure d'éthyle* ou à l'*éther*. Elle est nécessaire chez les femmes et chez certains hommes pusillanimes quoiqu'elle ne soit pas indispensable.

Une fois que l'injection est faite, on retire vivement l'aiguille et on ferme l'ouverture avec un peu de collodion. Il m'est souvent arrivé de ne rien mettre du tout. Un simple tampon de ouate imbibée d'alcool tenu en place durant quelques instants remplit toutes les indications.

V. Résultats cliniques.

(a) *Phénomènes spéciaux :* Les suites de l'injection s'accompagnent quelquefois de phénomènes spéciaux utiles à connaître afin d'éclairer les malades et de dissiper à l'avance les craintes qu'ils pourraient en éprouver :

1° Une sensation d'*engourdissement* qui remonte dans les reins et s'étend dans la fesse ;

2° Une sensation de *fourmillement* pouvant descendre jusqu'aux orteils ;

3° Une sensation de *meurtrissure* à la région lombaire apparaissant trois à quatre heures après l'injection et pouvant persister plus ou moins longtemps.

4° Une *céphalagie* plus ou moins intense durant les douze heures qui suivent l'injection.

Ce sont les seuls incidents que nous avons relevés chez les malades que nous avons soumis à cette médication.

(b) *Phénomènes généraux:* L'étude des résultats cliniques nous permettra d'apprécier la nature et la valeur de ces phénomènes. Je rapporte succinctement les observations cliniques qui m'ont donné l'idée de ce travail et qui ont été recueillies tant dans le service de médecine de l'Hôpital Notre-Dame que dans notre clientèle privée.

Observation I.—En juin 1901, M....âgé de 42 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs lombaires qui l'empêchent de travailler, c'est un ouvrier maçon. Nous voyons le malade le lendemain, il peut à peine se retourner dans son lit. Nous lui injectons immédiatement dans le canal sacré 4 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 pour 100. Le lendemain le malade se sent mieux ; il peut s'asseoir ; il a passé une bonne nuit. Cinq jours plus tard nouvelle crise de *lumbago*, nouvelle injection de 4 centimètres cubes. Dans la matinée il se lève ; il sort de l'hôpital, deux jours après, parfaitement guéri.

Observation II.—En juin 1901, M. X....ouvrier terrassier, entre à l'hôpital pour des douleurs lombaires intolérables. Nous le voyons un samedi matin, et nous pratiquons, séance tenante, une injection de cocaïne à 1 pour 100 à la dose de 3 c. c. Le lundi suivant notre homme, se sentant parfaitement à l'aise, demande son congé, et il est guéri de son attaque.

Observation III.—M. X....homme de salle à l'hôpital est

pris subitement de lumbago. Il s'alite. Nous le voyons à la visite du matin et nous lui injectons 2 c. c. d'une solution de cocaïne à 1 pour 200. Le lendemain, il y a eu amélioration Deux jours plus tard nouvelle reprise ; nouvelle injection, que nous répétons au bout de 24 heures. Le malade est mieux, il travaille, sa douleur est disparue.

Observation IV.—M. X . . . est à l'hôpital depuis quelque temps. Il est entré ici pour des maux de tête dont la cause est probablement de nature spécifique. Douze jours après son entrée il est pris soudain de douleurs lombaires suivies, à brève échéance, de sciatique. Le malade tient sa jambe en demi-flexion et le moindre effort lui arrache des cris. Nous lui injectons 2 c. c. de cocaïne en solution à 1 pour 100. Le lendemain le malade peut mettre sa jambe en extension sans trop de douleur. Néanmoins l'amélioration ne se maintient pas ; la douleur revient bientôt aiguë. Nous pratiquons une nouvelle injection semblable à la première. Le soulagement se fait sentir peu de temps après pour disparaître au bout de six jours. Nouvelle injection suivie d'une réaction qui se maintient tant bien que mal. Je soupçonne que le malade exagère à plaisir son mal afin de prolonger son séjour à l'hôpital. J'abandonne le traitement et je lui donne congé.

Observation V.—M. B. . . . se présente à mon cabinet se plaignant d'une douleur lombaire qui date de plusieurs mois. C'est un peintre en vernis. Pendant un exercice violent il est pris soudainement, dans la région lombaire, d'une douleur aiguë qui le cloue sur place. Il se soumet, en ce temps-là, à une série de traitements qui consistent dans les pointes de feu, les vésicatoires, les *ceintures électriques dont la renommée n'a d'égale que leur parfaite nullité* ; le malade n'en éprouve aucun soulagement. On lui conseille de venir me consulter. Je lui propose le traitement que vous savez : injection de cocaïne à 1 pour 100

dans le canal rachidien. La première produit peu d'effet ; même résultat après la deuxième et la troisième ; néanmoins je continue tous les deux ou trois jours de pratiquer une injection. A la sixième le soulagement est presque complet. Le malade peut faire aisément le mouvement de flexion de la colonne vertébrale, il ramasse une épingle avec facilité.

Je poursuis le même traitement durant trois semaines. Je pratique en tout quinze injections. Le malade a pu reprendre son travail. Dernièrement j'apprends qu'il est à la tête d'un restaurant : il est très-amélioré.

Observation VI.—M.... cocher de place entre à l'hôpital pour une douleur s'étendant de la fesse au talon, s'exagérant par l'extension forcée—signe de Lasègue—survenue soudainement au lendemain d'un jour de pluie froide. C'est une crise de sciatique.

Une injection de deux centimètres cubes de la solution à 2 pour 100 fait disparaître la douleur ; il reprend son occupation

Observation VII.—M. M... est empêché de travailler depuis deux mois par une douleur lombaire qui le force à garder, en permanence, la position demi-fléchie de l'homme qui pioche. A l'examen, nous constatons que le canal sacré est fortement aplatie et que les points de repère sont difficiles à délimiter. Néanmoins, avec beaucoup de peine, nous faisons pénétrer notre aiguille dans l'hiatus que vous connaissez.

Le malade en ressent quelque douleur, mais il éprouve presque aussitot un soulagement qui lui donne l'espoir d'une prompte guérison ; il marche presque droit ; il ne ressent plus aucune douleur.

Au bout de deux jours, il me raconte que, le soir de l'injection, il a été pris d'un mal de tête violent qui a duré une partie de la nuit. Le lendemain, il ne sentait plus rien.

Nous avons pratiqué, chez ce malade, une série de dix

injections. Le succès a été médiocre. Nous avons pensé de remplacer la cocaïne par une solution de gaiacol orthoformé mais nous n'avons pas eu l'occasion de le faire. Le malade est encore à notre disposition.

Telles sont, Messieurs, les observations personnelles que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation. Elles tendent à prouver que la douleur est promptement soulagée dans la plupart des cas, surtout des cas aigus, jusque-là réfractaires à tout autre traitement et elles prouvent à l'évidence que les malades n'en éprouvent aucun inconvénient sérieux.

A ces observations personnelles je pourrais en ajouter d'autres que quelques-uns de mes confrères ont recueillies personnellement et celles que différents auteurs ont publiées jusqu'à ce jour et qui sont démonstratives, (Chipault, Chatelin, Brocard, Sicard, Widal, Walther, Colleville, etc,)

VI. Indications.

Après une étude approfondie de la méthode épidurale on reste convaincu que, en tant que voie d'absorption, elle est supérieure à la voie sous-cutanée, plus lente. à la voie intramusculaire plus incertaine, à la voie intra-veineuse plus dangereuse, et à la voie rachidienne plus délicate. Jusqu'à présent, cette voie d'absorption a été utilisée pour soulager la douleur, mais une connaissance plus précise de la région, au point de vue anatomique, nous permet d'élargir le cadre de ce travail et de fonder l'espoir qu'elle deviendra, avant peu, une *voie d'absorption médicamenteuse générale* dont la cocaïne n'aurait été que le corollaire.

Ainsi, aux indications spéciales déjà énumérées, à savoir : sciatique, lumbago, névralgie intercostale, ulcère de l'estomac, il convient d'ajouter les accouchements douloureux—ce que les

femmes appellent "accoucher par les reins"—les cancers douloureux inopérables du rectum, les fissures hémorroïdaires, les arthrites des membres inférieurs (tumeur blanche, arthrite sèche). D'autre part le médecin peut tirer partie de cette méthode à un point de vue beaucoup plus général.

Connaissant la richesse des plexus veineux de cette région ; connaissant également la grande tolérance de la partie pour les liquides non toxiques, on peut utiliser cette voie pour agir rapidement dans certains cas désespérés.

Ainsi dans certains cas de *tétanos*, de fortes injections de chloral pourront produire des effets aussi rapides que bienfaisants. M. Chatelin , a pu obtenir, chez les chiens, un sommeil de plusieurs heures avec analgésie, sans aucun trouble consécutif. Dans la *syphilis grave :* syphilis cérébrale ou médullaire des injections épidurales d'un sel soluble de mercure (benzoate, cyanure) peuvent prévenir des troubles sérieux et arrêter la marche d'un symptôme grave par une absorption rapide et une action directe.

Dans la *tuberculose vertébrale* nous prévoyons que cette méthode aura des succès. Mauclaire, un chirurgien français, a recemment tenté d'agir sur elle à l'aide d'injection épidurales de 3 à 4 c. c. de glycérine iodoformée,

Dans la *chlorose*, la *tuberculose pulmonaire*, il y a là un moyen thérapeutique nouveau, dont la valeur pourrait être augmentée par une technique légèrement modifiée et perfectionnée à un point de vue spécial

Dans les *maladies aigües* à forme grave, on n'hésitera pas à pratiquer des injections de 100 à 200 grammes de sérum artificiel, si la méthode sous-cutanée ne donne pas les résultats désirés.

" Je ne serais pas surpris, dit Chipault, que cette méthode prit une place utile dans la thérapeutique. "

En résumé, sans vouloir en faire une voie d'absorption supérieure à toute autre, nous croyons que la voie épidurale mérite une étude sérieuse. Il ne faut pas exiger d'une méthode plus qu'elle ne peut donner, mais nous croyons qu'elle sera utile dans un grand nombre de cas qui auront lassé la patience d'un premier confrère.

CONCLUSIONS.

L'injection épidurale de cocaïne est un procédé d'exception utile pour calmer les douleurs névralgiques en général, spécialement lombaires, intercostales, sciatiques, etc.

Elle est employée avec succès dans les douleurs fulgurantes du tabès, de l'ulcère de l'estomac, des maladies cancéreuses du rectum, de la vessie, etc.

Elle pourrait être utilisée dans les infections aigues à allure grave pour l'absorption rapide du sérum artificiel.

Comme procédé thérapeutique spécial elle est indiquée dans certaines circonstances où il y a urgence d'employer un traitement énergique : les injections de chloral dans le tétanos ; les injections de sels solubles de mercure dans la syphilis du cerveau ou de la moëlle.

La solution de cocaïne à 1 p. c., à la dose de deux à quatre centimètres cubes est d'un usage courant.

Nous lui préférons souvent la solution huileuse dont la diffusion semble plus prononcée.

Les indications restreintes en font une méthode d'exception dont l'avenir nous paraît assuré si elle ne s'étend pas trop au delà des limites qui lui sont présentement assignées.

LA NEURASTHENIE ET SON TRAITEMENT

Par le Docteur C.-N. DeBLOIS,
Trois-Rivières.

La *neurasthénie*, introduite il y a à peine trente ans dans le vieux cadre nosologique, est une maladie du système nerveux, extrêmement répandue à l'époque actuelle, et dont la fréquence tend à s'accroître de plus en plus.

Ce n'est pas sans raison qu'on l'a nommée "*la maladie du siècle.*"

A la vérité, cette appellation n'est peut-être pas tout à fait juste, puisqu'il semble prouvé par certains auteurs que la *névrose américaine* de Beard a existé de tout temps et dans tous les pays.

Quoi qu'il en soit, notre époque est, comme on l'a dit, particulièrement féconde en neurasthéniques, et vous les rencontrez presque tous les jours, surtout dans la clientèle de ville.

Cela est dû, sans doute, aux conditions sociales actuelles, et à la lutte pour la vie qui devient de plus en plus âpre de nos jours. Nous pourrions ajouter que l'hérédité neuro-arthritique, les intoxications, surtout l'intoxication alcoolique, auraient droit de revendiquer une large part parmi les causes déterminantes des dérangements nerveux qui sont le propre de notre temps.

Qu'est-ce que la *neurasthénie ?* La neurasthénie, dit Charcot, est un état de *faiblesse irritable* du système nerveux. C'est une *névrose*, c'est-à-dire une maladie nerveuse purement *fonctionnelle :* elle n'a donc pas d'anatomie pathologique.

On définit encore la neurasthénie : *un affaiblissement durable de la force nerveuse.* Cette névrose consiste en un trouble de nutrition des éléments nerveux, qui deviennent plus paresseux à réparer les pertes de l'organisme, n'accumulent plus suffisamment d'énergie vitale et usent même le potentiel d'épargne. De là ces dénominations d'*épuisement nerveux*, de *faiblesse nerveuse* qu'on lui applique si souvent

La neurasthénie, prise dans son acception la plus générale, n'est pas, en effet, une *entité morbide;* c'est un état ou plutôt une réunion d'états qu'il faut savoir bien différencier les uns des autres, puisqu'ils comportent un diagnostic et un pronostic absolument différents.

Ces faits ont été mis en lumière par M. Gilles de la Tourette, qui dit qu'il n'y a pas une neurasthénie, mais des états neurasthéniques. Il y a les *neurasthéniques vrais et les faux neurasthéniques* ou *neurasthéniques héréditaires.*

CAUSES

Les veilles prolongées, le labeur manuel excessif, le *surmenage intellectuel*, les chagrins, les émotions, les passions tristes, les grands traumatismes (accidents de chemins de fer), voilà, en résumé, les principales causes de la vraie neurasthénie

Elle peut quelquefois se greffer sur des affections organiques

Il y a aussi l'hérédité nerveuse qui crée la fausse neurasthénie ou neurasthénie héréditaire.

STIGMATES

Ils sont de deux ordres, *objectifs* et *subjectifs*

Objectifs :—Il n'y en a pas ou peu : en effet, ces malades ont parfois une belle apparence de santé.

Subjectifs :—Ce sont généralement des symptômes subjectifs d'ordre psychique.

1° *Céphalée neurasthénique diurne* ; elle est particulière, en forme de casque, sensation de casque de plomb, quelquefois la douleur est frontale ou du côté des tempes, enserrant la tête comme dans un étau. Il est rare cependant d'avoir une hyperesthésie du cuir chevelu.

Il existe des *bouffées de chaleur à la tête*. Cette céphalée est obsédante, ne dure que le jour, cesse la nuit.

2° *Vertige* : il est aussi particulier, il n'y a pas de chute comme dans la maladie de Ménière ; c'est plutôt une sensation de vide cérébral, avec faiblesse des membres inférieurs qui tendent à se dérober sous le poids du corps.

Le malade voit des mouches volantes, tout paraît gris, terne.

3° *Douleurs* siégeant à la nuque et même tout le long de la moëlle épinière, se localisant au niveau du sacrum pour former la *plaque sacrée de Charcot*.

4° *Faiblesse des membres inférieurs*, coïncidant avec cette plaque sacrée qui siège au sacrum.

5° *Pas d'anesthésie*, ils sentent la piqûre ; de plus, il n'y a jamais de troubles urinaires ni d'abolition des réflexes.

6° Ils sont languissants, entendent moins bien, voient difficilement, et vont à tout propos consulter les oculistes pour leurs *mouches volantes*.

Ils n'ont rien du tout à la vue, si ce n'est un peu d'asthénopie accomodatrice. Il ne faut pas oublier, pour expliquer ces phénomènes, que la rétine est un épanchement du cerveau. Ces malades ne peuvent souvent ni lire, ni fixer l'attention.

7° *L'insomnie* est un des symptômes des plus importants et des plus fréquents.

Ils dorment très mal, quelquefois une heure au plus, mais le sommeil n'est jamais réparateur.

8° *Phénomènes gastro-intestinaux*. Ne sont pas dangereux

Ce qui prédomine d'ordinaire chez le neurasthénique, c'est la lenteur et la difficulté de la digestion. Pas de vomissement (rare) Il se plaint que ses aliments lui restent sur l'estomac, il a la bouche pâteuse, l'appétit languissant. Il éprouve aussi des gargouillements dans les intestins, etc.

Dans ces cas il suffit, dit M. Gilles de la Tourette, de traiter l'état général, et tout s'améliorera. Il ajoute de plus que dans la neurasthénie il n'y a pas généralement de maladie gastrique ou intestinale, à proprement parler ; l'estomac et l'intestin participent à la dépression, à l'asthénie générale de toutes les fonctions, et rien de plus.

9° *Etat mental*—L'état mental des neurasthéniques varie beaucoup ; les uns sont excités, les autres déprimés ; ce sont généralement des déprimés chez lesquels l'afflux nerveux fait défaut.

L'affaiblissement de la volonté, la méditation inquiète de tous les organes, l'indécision en présence de toutes les déterminations à prendre, le défaut d'aptitude au travail, sont les traits les plus communs de l état mental de ces malades.

Le jugement dans son ensemble reste sain, chez les neurasthéniques ; ce sont tout simplement des déprimés et non des déviés.

Voilà, en résumé, tous les symptômes capitaux de la *vraie neurasthénie*, celle que nous envisagerons dans le cours de ce travail.

Voici maintenant un exemple de vrai neurasthénique que nous avons observé, et vous verrez qu'il a eu une cause pour le devenir ; les faux neurasthéniques n'en ont pas.

EXEMPLE CLINIQUE

Monsieur l'abbé X..., âgé de 43 ans, a souffert de neurasthénie pendant 15 ans.

Nous connaissons toute sa famille, son père est très robuste et sa mère est arthritique.

M. l'abbé X... n'a pas été malade dans son enfance.

L'affection actuelle se développa au mois de juin 1880, à la suite de plusieurs années d'enseignement et de surmenage intellectuel extraordinaire. Il enseignait à cette époque dans un collège classique. A la longue, ces études assidues causèrent une sorte d'habitude nerveuse, se manifestant par une impressionnabilité maladive, de la tristesse sans motif, et des défaillances répétées avec insomnies et inquiétudes. Il avait en outre des palpitations du cœur, des digestions pénibles et divers troubles du côté des intestins.

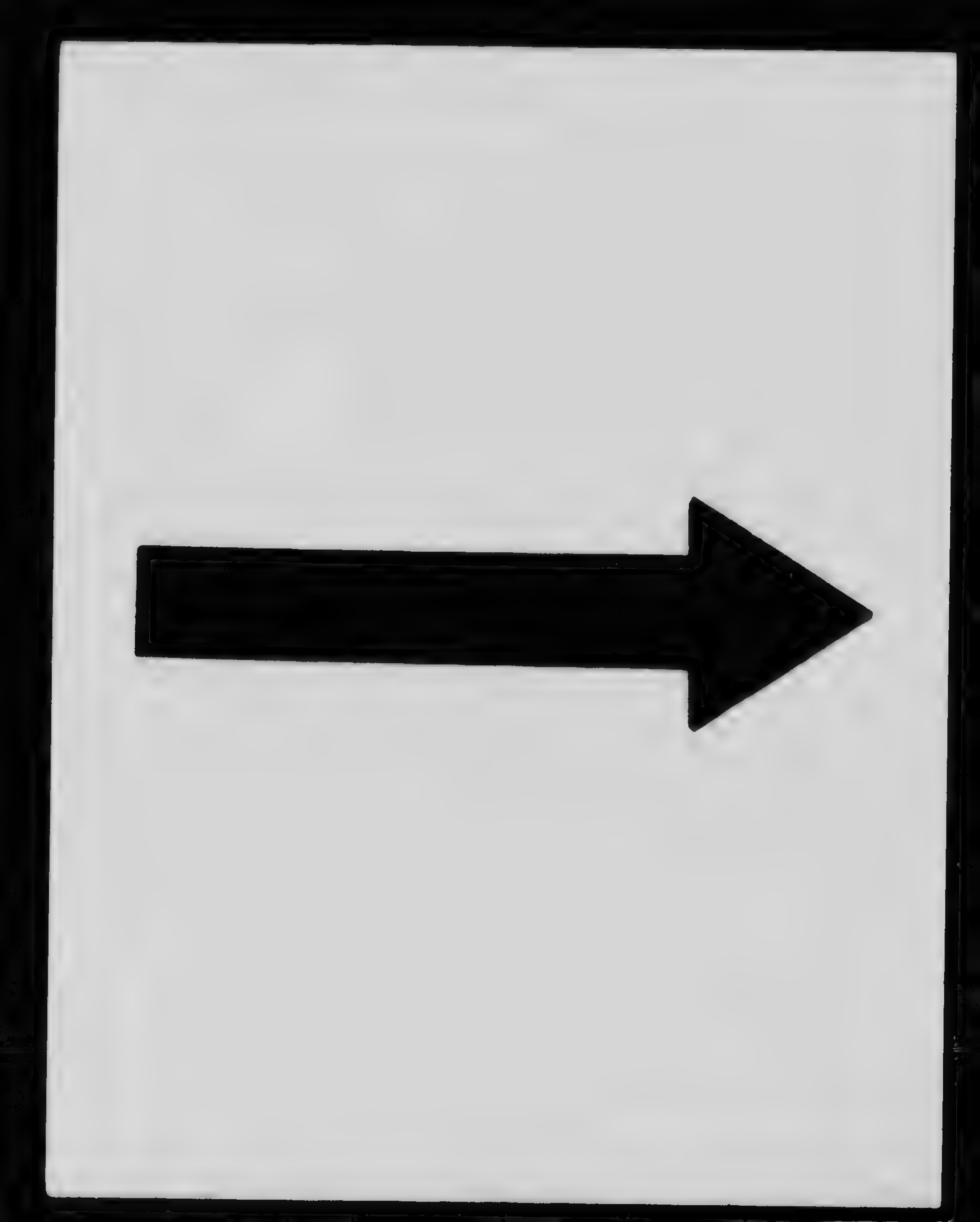
Monsieur X... se fit traiter pendant trois années consécutives, mais sans résultat marqué. On lui conseilla alors d'abandonner l'enseignement et de se livrer au ministère actif à la campagne.

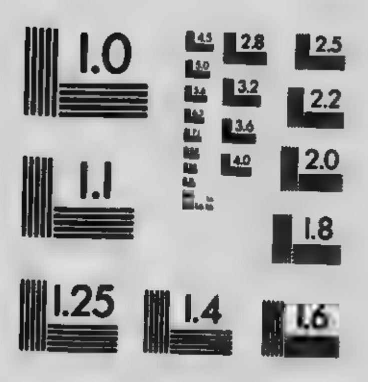
Ce changement amena pendant quelque temps un peu d'amélioration, mais au bout de neuf années les anciens malaises recommencèrent, avec en plus les vertiges et la céphalée en casque. Les insomnies, les troubles de l'estomac étaient plus fréquents que jamais. Il présentait des irrégularités de caractère, voyait des mouches volantes. Il était triste, abattu, incapable de tout travail.

Parfois, disait-il, le cœur semblait cesser de battre, d'autres fois il battait avec une rapidité exagérée. Enfin, M. X... avait des troubles vaso-moteurs, des transpirations abondantes, et les pieds et les mains étaient le plus souvent glacés.

Ce qui rend ce cas singulièrement instructif, c'est que M. l'abbé X... ..., comme tous les neurasthéniques d'ailleurs, a consulté beaucoup de médecins, même des oculistes pour ses mouches volantes.

On a prescrit pour lui les traitements les plus variés. Quel-




1.0
1.1
1.25
1.4
1.6
1.8
2.0
2.2
2.5
2.8
3.2
3.6
4.0
4.5
5.0



ques-uns ont ordonné le repos complet, l'isolement ; d'autres les distractions, les voyages, etc. Ces traitements, quoique excellents et pouvant suffire dans bien des cas, n'ont pas paru l'améliorer sensiblement.

D'autres médecins ont dirigé tous les efforts de leur thérapeutique sur l'estomac sans s'occuper de l'état névropathique. Le résultat, c'est que M. l'abbé X......, se voyant soumis à une thérapeutique intensive du côté de ses organes digestifs (tels que lavage stomacal, diète sévère, etc.), se crut atteint d'une maladie organique de l'estomac, et son état s'empira d'autant. Le malade était fort découragé, tout avait été essayé en fait de médications, rien n'avait réussi ; son mal s'était aggravé à tel point que la vie n'était plus supportable.

C'est dans cet état critique que M. l'abbé X......, entra à l'Institut Hydrothérapique et Electrothérapique des Trois-Rivières, sous la recommandation d'un médecin distingué d'une ville étrangère. C'était le 8 mai 1901.

Le traitement suivant fut immédiatement institué :

Douche froide le matin tous les deux jours, durée 10 secondes : dans l'après-midi douche écossaise. Les autres jours douches écossaises le matin et affusion inférieure dans l'après-midi. Bain électrique statique de quinze minutes trois fois par semaine. Injection de sérum artificiel tous les deux jours. A l'intérieur ferrugineux, bromure de strontium et trional. Le traitement hygiénique et moral ne fut pas non plus oublié.

Le 16 mai, le malade va déjà mieux, le sommeil est meilleur.

Le 1er juin, le vertige diminue, la digestion s'améliore.

Le 5 juillet le malade ne souffre presque plus de son casque, il digère parfaitement, les transpirations sont disparues.

Enfin le 15 juillet, c'est-à-dire après dix semaines de trai-

tement, l'amélioration allant chaque jour en augmentant, M X......, quitte l'Institut pour entreprendre un voyage de quinze jours que nous lui avions recommandé,

Le 3 septembre, retour à l'Institut pour continuer la cure durant douze autres jours.

Bref, le 15 septembre, M. X......, laissait définitivement l'Institut, se sentant parfaitement guéri. et ayant de plus beaucoup engraissé. La cure avait duré en tout trois mois et une semaine.

Nous avons rencontré M. l'abbé X...., neuf fois après sa sortie de l'Etablissement. Non seulement la guérison ne s'était pas démentie, mais ce digne prêtre supportait allègrement les rudes fatigues de son apostolat.

Nous ne ferons suivre cette observation d'aucun commentaire ; nous signalerons seulement la rapidité du traitement curatif chez un malade atteint d'une neurasthénie grave de quinze années de durée.

Cette observation est un bel exemple de vrai neurasthénique qui avait vidé sa *pile nerveuse*, sous l'influence du surmenage intellectuel.

Tous ceux qui travaillent de la tête s'exposent à faire de la neurasthénie ; c'est la maladie des gens intellectuels.

Tous les vrais neurasthéniques sont des personnes ayant éprouvé une grande fatigue cérébrale ; c'est cette fatigue du cerveau qui amène la neurasthénie.

Les maladies antérieures, la syphilis, le rhumatisme, etc., peuvent quelquefois produire l'épuisement nerveux.

Faux neurasthéniques,—Ils n'ont pas de raisons pour être neurasthéniques, on les questionne, ils ont été neurasthéniques depuis l'enfance, et cet état s'est aggravé. Il n'y a pas de cause, c'est l'exagération de l'état habituel, de plus, il y a hérédité nerveuse. Ce sont au fond, des vésaniques.

Charcot les appelait *les neurasthéniques héréditaires.* Ils apportent toujours leurs " petits papiers ", ils ont peur d'en oublier. Souvenez-vous, dit Charcot, du petit morceau de papier ce sont toujours les mêmes.

TRAITEMENT

Abordons maintenant l'étude de la thérapeutique des états neurasthéniques. Sur ce sujet constatons que les auteurs se sont donné libre carrière. On préconisé tant de traitements que le praticien ordinaire est souvent fort embarrassé, lorsqu'il s'agit de choisir le meilleur procédé, celui qui devra guérir son malade.

Ces incertitudes proviennent de différentes causes, d'une, entre autres, que personne n'oserait contester, à savoir, que la plupart des traitements préconisés ont eu le tort de se réclamer d'une pathogénie différente.

Cette thérapeutique pathogénique de la neurasthénie a été critiquée fort spirituellement par M. Brissaud, et nous n'avons pas à la décrire.

On devra, autant que possible, éviter la multiplicité des " drogues," car il n'est peut-être pas de sujets qui les supportent plus mal que les neurasthéniques.

Si l'on pouvait, disent MM. Proust et Ballet, dresser le bilan des méfaits des médications dites toniques et reconstituantes des hypnotiques variés, bref, des produits pharmaceutiques, dont sont surchargés les traitements plus ou moins bien avisés qui sont entrés dans la pratique journalière, on se demanderait si les neurasthéniques ne sont pas les obligés ou les victimes de la médecine.

Nous avons été appelé par un concours de circonstances toutes particulières, aussi bien par nos fonctions d'hydropathe et d'électro-thérapeute, à soigner un grand nombre de neuras

théniques. Quelques-uns nous ont été envoyés par des médecins des Trois-Rivières, de Montréal, de Québec et des districts environnants. Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de leur en exprimer toute notre gratitude.

Voici la technique de notre méthode :

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE ET MORAL.

L'importance du traitement psychique doit être considérable, dans une maladie où le malade perd toute confiance en sa santé, en sa force, en son pouvoir de s'occuper de ses intérêts, ou comme dit M. Brissaud, " il ne pense plus qu'à sa bête."

Le premier devoir du médecin sera donc de convaincre le neurasthénique qu'il n'existe chez lui aucune maladie organique, et que, par conséquent, son mal est parfaitement curable par un traitement bien dirigé et suffisamment prolongé. Ne jamais oublier l'expression du poëte anglais : " The best inspire of hope is the best physician." (Colebridge).

Il faudra chercher à gagner sa confiance, écouter patiemment le récit de ses souffrances, compatir à ses maux, le persuader qu'ils sont réels, et surtout bien se garder de lui déclarer qu'il est un malade imaginaire. Le malade imaginaire d'ailleurs n'existe pas en méde (Déjerine.)

La confiance du malade dans son médecin est la première condition de la guérisou. En lui prouvant que l'on dit toujours la vérité, on finit par obtenir une confiance qui suffit à ramener l'espoir. On peut lui citer des exemples de malades guéris, en un mot, le rassurer constamment sur son état, lui affirmer que rien n'est perdu, et chercher à faire naître en lui la croyance en une guérison plus ou moins prochaine.

Il faudra encore, dit M. Gaston Lyon, le persuader que les médicaments n'ont que peu d'influence sur la neurasthénie et que les *moyens physiques* seuls ont une action curative.

Indépendamment de cette inflence morale récomfortante que le médecin est appelé à exercer sur le malade par ses paroles et son attitude, il existe une foule d'autres moyens hygiéniques dont la mise en œuvre peut influencer de la manière la plus heureuse l'état mental de ces malades.

Tels sont : *le repos physique et intellectuel*, la " diète morale," les distractions, les oc ations, sagement ménagées. Notons encore l'*isolement* du bruit de la ville, des affaires, l'*éloignement du milieu où s'est développé l'état névropathique*, le séjour à la campagne ou dans un établissement spécial d'hydrothérapie.

Tous ces agents thérapeutiques constitueront un appoint précieux dans le traitement psychique de cette catégorie de malades.

THÉRAPEUTIQUE DE LA DÉPRESSION ET DE L'ÉRÉTISME NERVEUX

Pour combattre ces deux ordres de symptômes, l'*hydrothérapie* est sans contredit le mode de traitement le plus efficace que nous possédions, mais le point important est de savoir comment l'appliquer.

Il n'est pas indifférent de donner un bain, une lotion ou une douche à un neurasthénique.

Le procédé de choix, c'est la douche froide d'une durée de 10 secondes, en jet brisé, sur le tronc, les membres supérieurs, les membres inférieurs, sauf la tête et la nuque, et se terminant par un jet plein sur les pieds. Cette douche est un des meilleurs toniques que nous possédions, et elle remontera rapidement les forces, si elle est appliquée de manière à avoir une réaction rapide.

Après la douche, le malade sera essuyé, frictionné, et prendra un exercice modéré, afin de faciliter la réaction. Cette dou-

che devra être administrée une fois par jour seulement, de préférence le matin, et répétée trois fois par semaine. Si l'on trouve nécessaire de faire deux applications par jour, on donnera dans l'après-midi, soit une affusion inférieure froide, soit une douche écossaise.

On ne devra jamais faire plus de deux applications par jour.

Une excellente combinaison, c'est la suivante : nous pouvons la recommander en connaissance de cause, car nous l'avons adoptée à la suite d'expériences successives et prudemment conduites, en tenant toujours compte de la susceptibilité et de la tolérance de nos malades.

Douche froide très courte (5 à 10 secondes), percussion faible, donnée le matin. Dans l'après-midi, douche écossaise. Ces deux applications seront répétées tous les deux jours.

Les autres jours on administrera une douche écossaise le matin, et une affusion inférieure froide dans l'après-midi.

Continuer ainsi pendant 15 jours ou un mois selon l'irritabilité du sujet, période de repos de 8 jours et recommencer.

Cette combinaison est la meilleure que nous connaissions, parce qu'elle est bien supportée par la plupart des neurasthéniques chez lesquels elle ne tarde pas à faire renaître l'appétit, le sommeil et l'énergie nerveuse.

Mais il est évident que pour produire tous ces effets, ce traitement doit être continué pendant un temps suffisamment prolongé.

Un, deux et trois mois sont généralement nécessaires pour conduire la cure au résultat désiré.

Chez les sujets à réaction faible ou trop excitables, que l'eau froide impressionne trop vivement, de même que chez les neurasthéniques rhumatisants et arthritiques, on devra se servir de douches écossaises.

Ces douches sont à la fois toniques et sédatives et n'ont pas les inconvénients que présentent les douches froides chez les malades de cette catégorie.

Par contre, dans les formes de neurasthénie où l'angoisse domine, ou encore chez les cérébrasthéniques ce sont les douches froides qui réussiront le mieux.

Au cas où l'absence d'une installation suffisante rendrait impossible l'administration des douches, on se servira du drap mouillé, des lotions froides et des bains. Mais je hâte d'ajouter que ces procédés hydrothérapiques, tout en étant excellents, ne sont pas toujours bien supportés, ni suffisants.

Pour nous résumer, nous dirons que, quel que soit le procédé hydrothérapique adopté, il est nécessaire que les applications d'eau soient très courtes, nous souvenant toujours que les procédés les plus doux sont souvent ceux qui réussisent le mieux, et que dans bien des circonstances les moyens trop énergiques ont aggravé la maladie. La modération dont parlent les auteurs, c'est l'emploi de la douche froide très courte, de la douche tiède, des douches écossaises et des affusions.

Telles sont, croyons-nous, les données générales qui doivent servir de guide au médecin dans l'application des méthodes hydrothérapiques, applicables à la cure de l'épuisement nerveux.

L'*électricité statique* mérite, elle aussi, de trouver sa place dans le traitement de la dépression nerveuse.

Le malade est placé sur un tabouret isolant, en communication avec la machine électrique et y reste, suivant les cas, de 10 à 20 minutes pour prendre le bain statique.

Dans la forme cérébrale, on dirigera sur la tête, le souffle ou mieux la douche électrique. Les mêmes procédés combattront la céphalée et l'insomnie, Dans la forme spinale et la parésie des membres les étincelles et les frictions seront appliquées sur la colonne vertébrale et les membres.

Pour être efficace, ce mode de traitement devra être longtemps continué ; il sera suspendu puis repris, chaque période ne devant pas toutefois dépasser plus de 15 séances.

Le bain statique est un puissant sédatif, en même temps qu'un régulateur du système nerveux ; il contribue, par ce fait, à diminuer les douleurs, (topoalgies, plaque sacrée de Charcot,) etc.

Il agit en outre sur l'état général : on sait, en effet, ainsi que l'ont démontré l'éminent professeur d'Arsonval, du Collège de France, et le docteur Romain Vigouroux, le savant électrothérapeute de la Salpêtrière, on sait, disons-nous, que le bain statique a la propriété précieuse d'augmenter considérablement les échanges nutritifs, condition favorable au malade atteint de neurasthénie, qui, presque toujours, est en même temps un arthritique, c'est-à-dire un ralenti de la nutrition.

L'hydrothérapie remplit à peu près les mêmes indications : elle tend à procurer aux nerfs une nutrition meilleure et à calmer l'excitabilité excessive de la substance nerveuse.

Le docteur Chéron, dans la séance de l'Académie des Sciences du 5 août 1895, a démontré l'effet merveilleux de cette thérapeutique par les agents physiques dans les maladies nerveuses, particulièrement la neurasthénie.

Il a prouvé, à l'évidence, dans cette communication, que toutes les stimulations portées vers la grande surface sensitive : douches, massage, bains, frictions, électricité, etc., déterminent chez les sujets, en état d'anémie, une *hyperglobulie instantanée*. Il en est de même de l'ascension des montagnes et des injections de sérum artificiel.

INJECTIONS DE SERUM ARTIFICIEL

Les frictions, le massage, la gymnastique sont des moyens thérapeutiques excellents. On peut en dire autant des simples

injections de sérum artificiel à la dose de 5, 10, 15 et 20 grammes, répétées deux à trois fois par semaine, avec la seringue à air comprimé du Dr Chéron, ou celle de Parke Davis. Ces injections ont donné à M. Chéron, ainsi qu'à M. Maurice de Fleury des succès constants.

Voici la formule du Dr Chéron dont nous nous servons très souvent :

Acide phénique neigeux	1 gramme
Chlorure de sodium pur	2 grammes
Phosphate de soude	4 —
Sulfate de soude	8 —
Eau distillée	100 —

Nous injectons le *sérum artificiel* à dose de 5 à 10 grammes. tous les deux jours.

Le Dr Maurice de Fleury utilise la formule suivante :

Sulfate de soude	à â 1 gramme
Chlorure de sodium	à â 1 gramme
Phosphate de soude	à â 1 gramme
Acide phénique neigeux	50 centig.
Eau stérilisée	100 grammes

Il débute avec 1 ou 2 grammes et augmente graduellement jusqu'à 10 grammes. Ces injections salines relèvent la tension artérielle et déterminent une stimulation appréciable du système nerveux.

D'après M. Maurice de Fleury, c'est le tonique par excellence de la neurasthénie.

M. Crocq (de Bruxelles) a recommandé les injections sous-cutanées de phosphate de soude à dose de 6 centigrammes par jour ; il considère ces injections comme un excellent nervin.

VOYAGES

MM. Proust et Ballet critiquent spirituellement les praticiens qui invitent, d'une manière quelque peu banale, tous leurs névropathes à voyager.

Ce qui est certain, c'est que dans la majorité des cas, ce sont plutôt les petits voyages qui sont indiqués, surtout au moment de la convalescence.

Ils seront alors l'un des meilleurs moyens d'obtenir la distraction sans effort, de tirer le malade de ses réflexions sur lui-même, sur la désorganisation de ses organes et l'arrêt de leurs fonctions.

On le fera toujours accompagner par un ami.

MÉDICATION

Le traitement pharmaceutique de la neurasthénie n'existe pas. Donc peu de remèdes : le plus efficace, dit Brissaud, c'est le *fer*.

En cas d'excitation et d'insomnie, un remède s'impose : les trois bromures, ou le bromure de strontium (para-javal) donnés à petites doses et associés au chanvre indien ou à l'hyoscyamine.

On pourra aussi donner le tétronal, le sulfonal et surtout le trional à bonnes doses. Ce dernier est un hypnotique sûr et sans danger.

On pourra joindre, avec avantage, aux bromures de l'arséniate de soude.

Les glycérophosphates de chaux, de soude, le kola sont aussi recommandés ; mais le meilleur tonique, encore une fois, c'est le *fer* ; choisir la préparation la mieux supportée et la mieux absorbée.

Nous prescrivons volontiers la peptonate de fer et manganèse de Gude ou de Frosst, ou encore l'haemogen de Wampole.

Le fer a une action incontestable sur l'asthénie.

ALIMENTATION

Le régime n'a rien de spécial à la neurasthénie ; c'est le régime mixte, banal, qui est applicable à la majorité des cas d'atonie gastro-intestinale.

Trois repas par jour sont suffisants ; le principal sera celui du midi.

Choisir de préférence les viandes noires, grillées ou rôties, sans sauce, les cervelles bouillies, les œufs, les purées de légumes, le lait et les fruits.

Surveiller la régularité des repas, et le bon fonctionnement de l'intestin.

La ration alimentaire devra être augmentée, non pas brusquement, mais lentement et progressivement, de manière à rendre la suralimentation possible à un estomac recalcitrant Cela est une affaire de dose, de ponctualité et de patience.

Si le malade souffrait d'atonie gastro-intestinale grave, insister sur le *repos absolu*, lequel est un moyen presque toujours souverain.

TRAITEMENT DE WEIR MITCHELL

Weir Mitchell, dans son " Traité méthodique de la neurasthénie ", donne une grande importance à l'*isolement* et au *repos*, auxquels il ajoute le *massage*, l'*électricité* et la *suralimentation* ; c'est que, d'après cet auteur, pour constituer un état de santé favorable, l'augmentation de l'embompoint doit être accompagnée d'amélioration dans la quantité et la qualité du sang, d'où le traitement complexe qu'il préconise.

Nous avons recommandé l'*isolement* dans une maison de santé, loin de la famille et des occupations habituelles du malade. Quant au repos, il sera forcé, dans ces conditions où la promenade constitue la seule distraction. Nous admettons que

le repos est par lui-même un puissant moyen curatif, et qu'il peut suffire dans certains cas ; mais nous ne voulons pas d'un repos au lit, qui ne ferait qu'affaiblir le malade inutilement. Le massage est certainement une bonne pratique.

Quant à l'électricité, nous préférons, nous l'avons dit, le bain électrique (électricité statique) aux courants d'induction de Weir Mitchell.

Comme on le voit, la méthode du célèbre médecin de Philadelphie est insuffisante. Il n'est question, dans ce traitement, ni d'hydrothérapie, ni de lumière, ni d'air, ni de chaleur, ni de gymnastique.

Aussi médecins et malades ont si bien compris ses lacunes graves, qu'ils l'ont aujourd'hui à peu près abandonné.

Un procédé fort employé en Allemagne pour combattre le vertige et la céphalée, c'est l'affusion inférieure froide. Ces affusions sont bien supportées, décongestionnent le cerveau, tout en tonifiant les malades

TOPOALGIES

Contre les topoalgies si fréquentes chez les neurasthéniques nous avons employé avec succès les étincelles statiques, les douches écossaises et surtout le pinceau faradique (avec la bobine à fil fin et intermittences rapides). Les badigeonnages à la teinture d'iode (loco dolenti) vous donneront aussi de bons résultats ; mais il faudra qu'ils soient faits de plusieurs couches, de façon à ne les renouveler que tous les cinq jours.

La topoalgie a été décrite par M. Paul Blocq comme une sorte de neurasthénie locale. On constate une douleur fixe localisée à une région variable, mais en rapport avec un district délimité.

Nous avons vu un joli cas de topoalgie chez un neurasthénique en consultation avec un confrère. Ce malade présentait

une douleur au niveau de l'aine. Cette douleur était constante, durait depuis deux années, et de plus avait résisté à tous les moyens employés. A l'examen on ne constatait absolument rien. Nous l'avons traité avec les douches écossaises, les étincelles statiques et la faradisation loco dolenti, à l'aide du balai électrique. Ce traitement nous a donné de bons résultats.

Nous avons aussi traité d'autres cas de topoalgie avec succès au moyen des injections de sérum artificiel.

CONCLUSION ET RÉSUMÉ

Après cet exposé, toute question de régime alimentaire mise à part, nous pourrions résumer la thérapeutique des états neurasthéniques à ceci : "Calmer le système nerveux, fortifier le malade."

Pour remplir cette double indication, on ne saurait trop le répéter, il faut peu compter sur les médicaments, car l'organisme répond mal à leur action ; mieux vaudra s'en tenir au traitement hygiénique et moral, avec l'hydrothérapie rationnelle et l'électricité à l'intérieur.

Nous venons de décrire cette méthode de traitement dans tous ses détails, et nous n'y reviendrons pas.

Nous ferons seulement remarquer que pour ce qui regarde l'application des agents physiques, tels que l'eau, l'électricité, etc., c'est surtout de leur association dans une médication mixte, complexe, où chacun viendra apporter à l'organisme son excitation propre, que dépendra la guérison. Tout traitement unique, dit M. Guimbail, toute prescription d'un seul agent physique est d'avance stérile.

A maladie générale, multiple, traitements généraux et multiples.

Ceci revient à dire que la "thérapie physique" des états neurasthéniques devra se faire, autant que possible, dans un éta-

blissement spécial, capable de réaliser en même temps les meilleures conditions de traitement physique, d'hygiène, de repos et d'isolement.

Contre l'"asthénie générale", c'est-à-dire contre cette insuffisance du potentiel nerveux, on emploiera tous les stimulants de l'énergie nerveuse, à savoir l'hydrothérapie, l'électricité, les injections salines, les ferrugineux, les frictions, le massage.

Tous ces moyens sont excellents.

Les excursions, les voyages seront aussi d'un puissant secours, mais surtout au moment de la convalescence.

Voilà en résumé les moyens généraux qui conviennent à la plupart des cas ; on en variera, selon les circonstances, le mode d'emploi et les doses.

Maintenant si nous consultons nos observations personnelles au nombre de 83, nous constatons que 62 cas de neurasthénie vraie ont été guéris radicalement au moyen de cette méthode de traitement. Dans 6 cas surtout, la guérison a été rapide et remarquable.

Un point important à noter dans ces observations, c'est que la plupart des malades, avant de s'adresser à nous, avaient subi sans résultat appréciable les traitements les plus variés (repos, isolement, voyages, etc.) ; c'étaient donc des cas rebelles.

Comme améliorations importantes, nous avons relevé 19 cas dont 3 étaient pour ainsi dire guéris.

Mentionnons aussi deux insuccès complets chez deux malades à hérédité nerveuse fort chargée.

La durée du traitement a été en moyenne de 2 à 5 mois ; en général la guérison complète ne demande pas plus de 3 mois.

Ces résultats, aussi remarquables qu'heureux, nous encouragent à préconiser la méthode qui nous les a valus ; méthode dont les éléments (bain statique, douches écossaises, douches

froides, affusions, injections salines, ferrugineux, psychothérapie) ne sont pas nouveaux dans leur individualité, mais dont le groupement et l'application judicieuse au traitement de la neurasthénie nous ont paru supérieurs aux méthodes de systématisation exclusives préconisées par certains auteurs.



SEROTHERAPIE PREVENTIVE

Par le Dr P. V. FAUCHER, Québec

"Prévenir vaut mieux que guérir" est une vérité souvent mise en oubli, non seulement par les familles, mais aussi par les médecins eux-mêmes.

Et pourtant depuis les admirables découvertes de l'immortel Pasteur la Thérapeutique a subi une énergique poussée dans la voie prophylactique.

L'Hygiène et la Chirurgie se sont emparées de cette nouvelle lumière et l'on sait avec quel immense profit. Comment alors expliquer cette lenteur des médecins à en retirer les mêmes bienfaits ? Car il est indéniable que la Sérothérapie tend sûrement à devenir pour la médecine ce que l'antisepsie ou plutôt l'asepsie est à la Chirurgie. Et si cette dernière peut se vanter aujourd'hui d'être à l'abri de l'infection grâce à l'asepsie, on entrevoit le jour où la Sérothérapie préventive pourra, peut-être, détourner les maladies infectieuses et virulentes.

En effet, si les sérums. tout en étant des moyens thérapeutiques efficaces et sûrs pour la prévention des maladies, ne sont pas de nature à nuire à la santé de l'homme, leur cause est gagnée, et leur emploi comme prophylactiques s'impose.

On rencontre bien quelquefois à la suite d'injections de sérums certains accidents, mais jamais rien de sérieux, selon nos maîtres en sérothérapie, Roux, Kitasato, Netter, Chantemesse Behring, etc.

"Ces injections, dit Roux, ne présentent aucun inconvénient".

Netter affirme "que les inoculations préventives ne sont pas dangereuses et qu'elles peuvent être pratiquées sans scrupule.. Les accidents réellement dûs aux sérums : éruptions, douleurs articulaires, réaction fébrile, ne présentent pas de gravité".

Et Chantemesse : "La cause essentielle de la mortalité diphtérique est dans le retard que l'on met à pratiquer les injections de sérum. Ce retard n'est pas dû à l'indolence des médecins, mais à la crainte déplorable qui leur a été inspirée au sujet des dangers du sérum. Ces dangers, il faut le répéter bien haut, n'existent pas ou sont absolument insignifiants, dans la majorité des cas. Pour ma part, dans mon service de crèche réservé aux tout jeunes enfants atteints de la diphtérie, je ne les ai jamais observés pendant une période de 6 ans."

Les sérums sont donc peu offensifs par eux-mêmes.

Loin de là, nous sommes heureux d'ajouter avec M. Mongour : "Il y aurait à côté de l'action dite-spécifique des sérums, une action bien plus puissante encore : c'est celle qui augmente les forces de réaction de l'organisme et qui, elle, est absolument indépendante de la spécificité d'un sérum.

Comment expliquer autrement l'action bienfaisante du sérum antidiphtérique sur les pleurésies à streptocoques, et celle du sérum de Marmoreck sur les fausses membranes diphtéritiques ?

Les objections faites à leur administration viennent donc d'ailleurs, par exemple des médecins et des parents des malades qui espèrent égargner les membres de la famille non atteints par l'isolement et les moyens hygiéniques.

Ces obstacles doivent et peuvent s'enlever à mesure que les familles comprendront mieux le caractère inoffensif et l'efficacité réelle de cette merveilleuse médication.

En face de l'étonnante découverte de la vaccination antirabique, qui peut nier que la sérothérapie ne soit préventive ?

De même pour le sérum antitétanique. Tous les auteurs s'accordent à insister sur des injections précoces, dès le moindre soupçon ; car l'utilité du sérum cesse après l'éclosion du tétanos.

Et le sérum antivenineux soumis aux mêmes conditions, et qui sauve chaque année plusieurs milliers de vies humaines. Que n'est-il pas permis d'espérer des recherches en ce sens contre la pneumonie, le charbon, la morve, la colibacillose, le typhus, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, le choléra infantum, le choléra asiatique, la syphilis, et surtout la tuberculose ?

Et que dire du sérum contre la typhoïde qui, dans les mains de Chantemesse, est devenu, depuis quelque temps, la meilleure arme à employer contre cette maladie toujours si répandue ?

Cet excellent clinicien nous fait espérer, par ses belles expériences, la disparition prochaine de ce mal tant redouté.

La peste elle-même vient de subir une profonde atteinte par le sérum Yersin. Nul ne peut sans émotion profonde relire les notes précises de ce fameux élève de Roux, publiées en 1867 dans les annales de "l'Instiut Pasteur", sur les succès remportés par le sérum antipesteux, dès son premier essai.

Celui de Marmoreck nous avait fait croire un moment à la possibilité de lutter avec avantage contre les différentes manifestations de la streptococcie ; mais un souffle de doute sur son efficacité dans ces cas est venu diminuer l foi de ses meilleurs adeptes.

Enfin nous touchons à la plus belle conquête que la médecine ait faite depuis longtemps.

Même les sceptiques les plus endurcis ne peuvent s'empêcher d'admettre la merveilleuse puissance curative de cet agent, mais ils se retranchent derrière certains accidents prétendus im-

putables au sérum pour combattre encore son emploi comme préventif.

Cependant n'ont-ils pas sous les yeux les statistiques probantes de Netter, sans compter celles de Roux, etc.

"Du 16 mars au 31 décembre 1601, dit Netter, il a été pratiqué, dans notre service, des injections préventives à 502 enfants appartenant à 251 familles dans lesquelles il y avait eu un premier cas de diphtérie.

"13 de ces enfants, soit 2.59 pour cent, ont été pris de diphtérie. Chez 7 de ces enfants la diphtérie a fait son apparition moins de vingt-quatre heures après l'injection, chez 6 plus de 28 jours après. Il ne s'est présenté aucun cas dans la période intermédiaire, la seule pendant laquelle l'inoculation confère une immunisation absolue."

Ces 13 cas ont été bénins.

Voilà pour les enfants inoculés.

"Chez les enfants non inoculés il y a eu 87 cas secondaire dans 69 familles. Les décès ont été au nombre de 18, les cas graves non mortels de 20, ceux d'intensité moyenne de 18, les cas légers de 19; 12 fois nous n'avons pu déterminer avec suffisamment de précision la gravité de la maladie.

En considérant ces 12 cas comme des cas légers ou moyens, il n'en reste pas moins 38 cas graves sur 87, soit 43.7 pour cent des cas".

......"*Grâce à l'inoculation*, ajoute Netter, *nous avons donc empêché la mort de 18 enfants, soustrait* à *la maladie 76 enfants, préservé 73 familles.*" Et depuis lors tous les cliniciens ont obtenu des résultats analogues.

Qui nous empêche donc de suivre une marche aussi sûre, aussi sage? L'on espère peut-être enrayer la contagion par la désinfection et l'isolement! Illusion! Quand on songe à ce

que valent réellement ces deux moyens tels qu'employés le plus souvent.

Une autre raison puissante qui doit nous rattacher encore plus fermement à ce mode d'agir absolument sûr et efficace, c'est la constatation que chacun a pu faire depuis quelques années de la nocivité de plus en plus grande de la diphtérie. Cette remarque a été faite cette année par Roux, Netter, etc., et tous mes confrères ont dû noter le même fait déplorable.

Il faut donc prévenir, et surtout prévenir par des moyens sûrs.

Les sérums préventifs sont la meilleure garantie et ce serait d'une imprudence inqualifiable de les négliger.

Il ne faut jamais oublier que le rôle primordial du médecin c'est la prévention des maladies, surtout depuis que nous voyons la thérapeutique, grâce aux sérums, devenir pour ainsidire absolument *scientifique*, *d'empirique* qu'elle était jusqu'ici.



TRAITEMENT DU PIED-BOT PARALYTIQUE PAR L'ANASTOMOSE TENDINEUSE

Par EUGÈNE SAINT-JACQUES Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les pieds-bots sont de deux variétés, congénitaux et acquis Des premiers, il ne sera pas question ici, tandis que je ne m'occuperai que de la variété non congénitale.

Le pied-bot acquis reconnait dans tous les cas une lésion nerveuse primaire, suivie consécutivement de paralysie et d'atrophie musculaire, La lésion nerveuse peut être périphérique : névrite, traumatisme, section nerveuse, cal osseux englobant ; ou centrale, et c'est plus généralement le cas, telle la polyomélite infantile.

Nous savons avec quelle préférence la paralysie infantile s'en prend au membre inférieur, plutôt qu'à l'épaule et au bras. Nous sommes réduits à la simple constatation, sans explication encore de cette singulière préférence du processus pathologique pour le segment rachidien inférieur.

Toujours est-il que les muscles, privés de leur centres nerveux trophiques, dégénèrent et, ne faisant plus fonction, cèdent à leurs antagonistes sains qui détournent et contournent le membre affecté dans la direction de leur traction.

Voit-on vers les 8 ou 10 ans, ces paralysés des premières années, nous les trouvons en déformation marquée, car à la déviation du pied s'est ajoutée la malformation osseuse. En effet, les os, souvent privés également de leurs centres nerveux trophi-

ques, ont souffert dans leur nutriti n, et leur développement en position vicieuse a conduit à une malformation persistante.

Quels moyens sont à notre dispositi n contre cet état de choses ? A la strychnine et au phophore donnés à l'intérieur lorsque la période aiguë est passée, nous ajoutons le massage et l'électricité, d'abord galvanique, puis faradique, à interruptions d'abord éloignées puis rapprochées.

La chaussure orthopédique corrigera souvent une déformation peu marquée et suffira à une parésie, plutôt qu'à une paralysie vraie et étendue. La bottine de Scarpa nous sera ici de grande utilité. Mais, dans la majorité des cas, cette bottine ne suffit pas, car la déformation va s'accentuant.

Au chirurgien alors d'intervenir activement et trois moyens sont à notre dispostion.

I. La *Ténotomie* : si elle nous suffit souvent dans le pied-bot congénital, dans le pied-bot paralytique elle est, au contraire, généralement sans effet. Et cela se conçoit faci'ement. Elle sectionne un tendon de muscle sain qui a moins le défaut d'être en contracture que de se trouver sans antagoniste. Cette ténotomie de muscle sain ne donne pas de force au muscle paralysé, et c'est là le point de la question. Donc pas ou peu à espérer de la ténotomie dans le pied-bot paralytique.

II. L'*Arthrodèse* a fait ici merveille, comme dans le pied-bot congénital et peut-être encore davantage. Elle est tout indiquée dans les cas de grandes déformations rencontrées chez des paralysés de plusieurs années déjà. Ici la ténotomie ne donne rien : il faut aller corriger le squelette déformé et, par les surfaces osseuses cimentées, produire une véritable soudure ou ankylose osseuse dans les articulations ballantes et sans cohésion jusque là.

III Mais entre les cas à peine marqués où la bottine orthopédique suffit et ces déformations qui sont du ressort à peu près ex-

clusif de l'arthrodèse, il est une variété intermédiaire, peut-être la plus nombreuse, pour laquelle le chirurgien possède un procédé mitoyen, depuis quelques annés en usage et qui se recommande autant par son peu de dangers que par ses excellents résultats : je veux parler de *l'anastomose tendineuse.* C'est un chirurgien de l'école allemande, Nicoladoni, professeur à l'Université de Gratz, qui proposa, en 1881, ce nouveau procédé. Voici ses propres termes : "Essayer d'actionner le tendon d'un muscle paralysé par un muscle resté sain". Le premier il le réalisa et publia en 1882, dans les Arch. f. Chir. p. 661., le résultat excellent d'une telle opération pour talus paralytique, où il avait transplanté les péroniers sains sur le tendon d'Achille, pour suppléer au triceps sural paralysé. Plusieurs mois après il présentait au congrès de chirurgie allemande son opéré qui pouvait dès lors étendre le pied et marcher.

Voilà donc l'idée : actionner le tendon périphérique d'un muscle paralysé par un muscle sain auquel il a été fixé par transplantation.

C'est surtout à la jambe que ce procédé est applicable et donne d'excellents résultats. En effet, les 3 groupes paralysés sont les péroniers, le jambier antérieur et les extenseurs, le triceps sural qui commande au tendon d'Achille. C'est donc dire que nous avons affaire tantôt au pied-bot valgus, varus et talus, le varus étant généralement en même temps légèrement équin.

Technique opératoire

Quelques chirurgiens veulent sectionner tout à fait les deux groupes de muscles sains et paralysés, pour anastomoser l'extrémité périphérique du paralysé avec le tronçon central du sain, et vice-versa. Avec la majorité, je préfère sectionner seulement le paralysé, puis ayant incisé longitudinalement le muscle sain, sans

y passer l'extrémité périphérique du paralysé, l'y fixer par des points d'arrêt.

Toutes les différentes variétés de pieds-bots paralytiques ont été traitées d'après ces principes opératoires, tel que je l'ai vu faire en Allemagne et comme je le constate dans la thèse de Vidal à la Faculté de Lyon, en 1898, et celle de Le Roy des Barres, qui prépare son travail sous l'inspiration de son maître Jalaguier, en 1902.

Je rapporterai, en abregé, l'observation de deux cas personnels de pieds paralytiques ainsi traités.

Observation I.

C. Aug. L. . . . 16 ans, attaqué de polyomyélite à l'âge de 3 ans. Valgus au p. droit ; varus ballant p. gauche ; toute la jambe gauche est atrophiée : os et muscles. Vu la déformation osseuse à ce pied, je fais une arthrodèse typique. Au pied droit où je constate la paralysie du jambier antérieur et de l'extenseur du gros orteil, je fais la transplantation tendineuse, et anastomose l'extrémité périphérique de l'extenseur du gros orteil sur l'extenseur commun, du jambier antérieur sur le tendon d'Achille. Un plâtre immobilise le pied en bonne position, et le tout guérit par première intention.

Pied à arthrodèse : solide et se maintenant très bien sans chaussure.

Pied à anastomose tendineuse : moins douloureux qu'avant l'opération ; se maintient sans chaussure mais pas aussi droit que le gauche.

Il résume lui même ainsi : "Marche plus droit, fatigue encore mais moins qu'avant, et les douleurs sont beaucoup moins intenses. Si le pied droit (anastomose) était plus solide, mon infirmité serait presque totalement disparue."

Évidemment le pied arthrodésé est plus [illegible] puisqu'il y

a ankylose articulaire au tarse. Pour le droit, j'ai trouvé alors que la lésion ne justifiait pas une intervention aussi radicale que l'arthrodèse,

Observation II.—Eugène R., 11 ans. Polyomyélite 9 ans auparavant. Varus par paralysie des péroniers. Anastomose d'un tendon péronien à l'extenseur commun et de l'autre au tendon d'Achille. Bon résultat ultime un an après l'opération.

Si ce pied ne vaut pas son congénère sain, il est bien amélioré. D'un membre profondément lésé dans sa nutrition et son développement, il ne sera jamais possible de refaire un neuf parfaitement sain.

J'ai cru intéressant d'apporter cette contribution personnelle à la mise au point de cette question qui nous intéresse tous, médecins comme chirurgiens.

Depuis ces deux interventions, il m'a fait plaisir de lire dans le " Philadelphia Med. Journal " d'octobre 1901, le rapport de plusieurs cas ainsi traités par un confrère canadien de Toronto, le docteur MacKenzie.

Cette opération a été peu pratiquée, que je sache, au Canada. Les résultats encourageants que j'en ai vus en Allemagne et en France m'ont suggéré l'idée de vous présenter ce sujet.



NÉPHRITE CHRONIQUE COMPLIQUÉE DE RÉTINITE HÉMORRHAGIQUE SUIVIE DE GUÉRISON SE MAINTENANT DEPUIS HUIT ANS

Par J. E. DUBE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal, Médecin des Hôpitaux.

La néphrite, quelleque soit sa nature, est toujours une maladie alarmante, celle qui nous cause les plus grandes difficultés et les plus rares succès dans notre clientèle.

Je suis heureux de vous présenter, aujourd'hui, l'observation d'un malade guéri totalement, et cela depuis huit ans, d'une néphrite chronique grave, compliquée de rétinite hémorragique amenant la perte presque totale des deux yeux.

Observation.—Agé de 36 ans, mon client est prêtre et exerce actuellement son ministère, malgré le mauvais état de sa vue.

Son père est mort à l'âge de 75 ans, à la suite de troubles urinaires d'origine calculeuse. Sa mère est morte d'hydropisie à l'âge de 53 ans. Il a un frère et une sœur bien portants tous deux.

Un jeune frère est mort de scarlatine à l'âge de six ans.

Son passé pathologique est très chargé, et cette suite d'infections, étagées à différents âges doit certainement compter comme cause, au moins prédisposante, de la néphrite qui le frappa en dernier lieu.

Né à terme, il eut l'ictère des nouveau-nés, suivi d'une diarrhée rebelle qui dura avec plus ou moins d'intensité, pendant

deux années entières. A l'âge de dix et quinze ans il eut deux pleurésies, dont la dernière faillit l'emporter.

A 22 ans, alors qu'il était séminariste, il eut une bronchite de longue durée, et l'année suivante une pneumonie légère.

Il fut ordonné prêtre à l'âge de 25 ans, et jouissait d'une santé excellente.

Ce fut au cours de ses premières années de vicariat alors qu'il était à Saint-X... près de Montréal, qu'il présenta les premiers symptômes de sa maladie de reins.

Sans causes appréciables il commença à éprouver de temps à autre de violents maux de tête qui le retenaient à sa chambre, deux ou trois jours, chaque fois. Il lui était impossible de dire sa messe, de réciter son bréviaire, ou même de s'occuper à la moindre chose. Ces migraines terribles survenaient toujours après une fatigue telle que : longue route en voiture, chanter la grand'messe du dimanche, ou encore après un gros repas.

Le malade et son entourage remarquèrent que ses paupières étaient œdématiées le matin au lever.

Peu à peu, ses mains et ses pieds présentèrent de l'œdème, et son teint devint très pâle. Par négligence ou autrement, le malade ne consulta pas de médecin et resta ainsi, pendant deux années entières, avec des alternatives de bonne et de mauvaise santé.

Ressentant, en dernier lieu, les douleurs lombaires qui l'inquiétèrent il vit son médecin qui constata la présence de beaucoup d'albumine dans ses urines. Il urinait très peu à la fois, mais souvent nuit et jour.

Le régime lacté absolu fit disparaître tous ces mauvais symptômes dans l'espace d'un mois environ.

Il tenta, à plusieurs reprises, de manger de la viande mais chaque fois les anciens maux de tête reprenaient aussi violents qu'autrefois.

Ce faut au cours de ce régime mal équilibré qu'étant à Montréal, il eut une hémorrhagie rétinienne grave. Il se coucha un soir, après un gros repas et, le lendemain, à son réveil, il s'aperçut qu'il était aveugle ou à peu près.

Il ne pouvait voir que très peu avec l'œil droit, l'œil gauche étant complètement aveugle.

Le Docteur Chrétien-Zaugg, qu'il consulta, le jour même, diagnostica une hémorrhagie rétinienne et le soumit immédiatement au régime lacté absolu et au traitement médical approprié. Les urines du malade contenaient des masses d'albumine Sous l'influence de ce traitement sévère il se sentit bien mieux au bout de 3 à 4 semaines, et, quatre mois après, les urines ne contenaient plus d'albumine du tout.

Sa vue resta mauvaise, quand même, et le malade voyait et voit encore, d'ailleurs, tout juste pour se conduire.

C'est deux ans après ces accidents, en mars 1900, que je vis Monsieur l'abbé X. pour la première fois.

Il vint me consulter à propos de son régime alimentaire et me demanda s'il pouvait manger de la viande.

Il était alors en très bonne santé, sa vue seule lui faisait défaut.

A l'examen je trouvais une pression artérielle normale de 17 centimètres aux deux radiales, avec le sphymomanomètre Potain, et un cœur sain ayant une superficie, également normale, de 83 centimètres carrés.

L'examen des urines fut négatif : pas d'albumine ni sucre, avec une densité et une quantité normales.

Je recommandai alors au malade de manger un peu de viandes blanches. Il le fit sans éprouver le moindre ennui, mais il préféra revenir, après quelques jours, au régime lacté qu'il avait

toujours bien supporté plutôt que de courir le risque d'être malade.

Dernièrement, le 1 juin 1902, Monsieur l'abbé X. se soumit, sur ma demande, à un nouvel examen, et j'ai, comme il y a deux ans, trouvé un homme parfaitement sain. Les urines, toujours sans albumine, avaient une densité de 1018 et mesuraient 1500 grammes dans les 24 heures.



O. D.
Vision centrale—1-10.

La pression artérielle est restée à 17 et les autres organes, sauf les yeux toujours, sont à l'état normal.

Mon ami le Docteur Boulet a fait un examen minutieux des yeux de mon malade, avec le résultat que voici.

Dans les deux yeux la rétine présente de nombreuses taches pigmentaires et des plaques hémorrhagiques, aujourd'hui, remplacées par des plaques atrophiques. A gauche la vision centrale est abolie et à droite elle est égale à 1/10.

Bien qu'il ne puisse voir que pour se conduire, Monsieur l'abbé X. accomplit, tout de même, un ministère actif. Il a appris, de mémoire, une messe qu'il dit tous les jours, et pour réciter auprès des malades les longues prières usuelles, il s'est fabriqué des livres gigantesques qu'il peut lire couramment.

L'observation de ce malade est hors de l'ordinaire. Nous n'avons pas, en effet, l'occasion d'assister, souvent, à la guérison



Taches pigmentaires.
Plaques hémorrhagiques remplacées aujourd'hui par des plaques blanches atrophiques. Vision centrale abolie

d'une néphrite chronique, surtout, s'il faut en croire les auteurs, d'une néphrite chronique compliquée d'hémorrhagies rétiniennes.

La rétinite hémorrhagique est une complication grave et presque toujours un signe précurseur d'un mort prochaine.

Voici ce qu'en dit Chauffard dans le traité de médecine et de thérapeutique : "Au nombre des complications redoutables

que l'on peut observer chez les brightiques. Il faut compter la rétinite *albuminurique* Plus loin, il ajoute : "la rétinite liée aux néphrites épithéliales aiguës ou subaiguës peut guérir, et elle ne comporte pas la même gravité que la rétinite des néphrites chroniques. Celle-ci est, pour le brightique, du pronostic le plus menaçant puisque, dans la règle, la survie ne dépasse pas deux ans."

Quel traitement mon malade a-t-il suivi pour guérir de sa néphrite malgré cette complication si redoutable ?

Il a peu, ou presque pas, pris de médicaments en dehors des purgatifs et des piqures de pilocarpine données lors de l'hémorragie rétinienne.

Je suis convaincu que M. l'abbé X. a pu échapper à la mort, parce qu'il a eu le courage de se soumettre non seulement pendant quelques semaines, mais bien pendant des années, au régime lacté absolu.

Les malades acceptent, d'habitude, assez bien ce régime sévère. mais ils ne tardent pas, malheureusement, à demander grâce après quelques mois, et même, après quelques semaines seulement.

Ces malades ne guérissent pas d'habitude, ils aiment mieux mourir plutôt que de ne prenure que du lait pour nourriture.

L'observation que je viens de rapporter servira, je l'espère, d'exemple pour les malades, en leur faisant entrevoir une guérison possible, et pour les médecins en les encourageant à exiger sérieusement ce mode de traitement.

Mon malade est prêtre, et je crois que c'est grâce à la tranquillité et à la régularité de cette vie religieuse qu'il a pu suivre son traitement aussi facilement. Le prêtre, en effet, est plus habitué que les laïques à une vie sobre et toujours la même.

L'homme du monde est trop souvent, et malgré lui peut-être, tenté par une bonne table, pour ne pas succomber, quelquefois au péril de sa vie.

Je pourrais citer à l'appui de cette opinion l'observation d'un autre prêtre qui a été capable de suivre le régime lacté pendant quatre années pour obtenir la guérison d'une dyspepsie rebelle.

Je tiens à le répéter : il y a possibilité pour les néphritiques de suivre le régime lacté pendant longtemps et d'augmenter de beaucoup leurs chances de guérison.

Il est reconnu, aujourd'hui, que certaines parties des reins malades peuvent conserver leur état normal. C'est en se basant sur ces faits histologiquement reconnus que les auteurs, Tuffier et autres, ont parlé des *hypertrophies glandulaires compensatrices.*

Existent-elles pour le rein comme pour le foie dit Chauffard, et jouent-elles un rôle dans l'évolution anatomique et clinique des néphrites ? Les documents font à peu près défaut sur ce point, et l'on ne pourrait guère citer à l'appui que les petits adénômes de la sclérose rénale, tout à fait comparables comme encapsulement, nature et évolution histologiques, aux adénômes des cirrhoses hépatiques.

Pour Chauffard, il est impossible que, au cours de certaines néphrites aiguës et surtout chroniques, le parenchyme rénal ne soit pas lésé dans sa totalité, certains de ces départements anatomiques et fonctionnels échappant ou résistant à l'agression toxique.

J'admets volontiers que ces hypothèses comptent pour quelque chose dans la guérison de mon malade.

Je veux, en terminant, dire un mot d'un nouveau traitement des néphrites.

La chirurgie, qui a fait des prodiges dans le traitement des affections calculeuses du foie, de l'appendicite, de la névralgie faciale, de l'épilepsie Jacksonnienne de la cirrhose atrophique du foie, même dans les blessures du cœur, veut s'attaquer à la néphrite et la guérir.

Dès 1896, Harrison en Angleterre et Newman de Glasgow; plus tard, Pousson, Mongour et Luguen, en France, et enfin Israel en Allemagne avaient constaté les heureux effets d'une intervention chirurgicale dans les néphrites interstitielles. Mais ces auteurs sont intervenus, chaque fois, chez leurs malades croyant trouver quelqu'affection chirurgicale du rein : soit un calcul, un abcès, etc.

Le professeur Edebohls, de New York, est le premier qui ait eu l'idée de traiter chirurgicalement la néphrite interstitielle: chez dix huit brightiques, il pratiqua la néphropexie, après avoir dénudé le rein dans sa partie convexe. Tous les malades survécurent à l'opération et tous, sauf un, furent en même temps guéris de leur néphrite.

C'est lentement que se fait cette guérison du brightisme ; il faut une moyenne de quatre mois après l'opération pour que l'albumine et les cylindres épithéliaux disparaissent des urines.

Comment cette intervention chirurgicale peut-elle arrêter la néphrite interstitielle dans sa marche presque toujours fatale ?

D'après le professeur Edebohls, la néphropexie telle qu'il la fait, provoque des adhérences péri-rénales et détermine la formation de nouvelles artérioles qui fournissent au tissu rénal un sang plus sain. Peu à peu les tissus inflammatoires se résorbent et les éléments du rein en voie de destruction se régénèrent.

Quelque soit le mode d'action de ce traitement chirurgical

des néphrites, les résultats qu'il donne tiennent du merveilleux et déjà promettent beaucoup, bien que l'auteur en soit à ses premiers essais.

La seule contre-indication opératoire est la trop grande faiblesse du malade qui ne pourrait pas supporter l'anesthésie, ou qui ne pourrait pas vivre assez longtemps, au moins pendant un mois, pour bénéficier de l'opération.



DE L'INSUFFISANCE DIGESTIVE DANS LA GENESE DES MALADIES

Par le Dr C. R. PAQUIN

Bien que de tout temps la recherche des causes des maladies ait passionné tous les esprits, nous devons avouer que c'est peut-être encore cette partie des sciences médicales qui semble aujourd'hui la moins avancée.

Il y a 20 ans, pour l'école officielle, la cause de la maladie c'était la lésion cellulaire ; aujourd'hui c'est le microbe ; demain ce sera autre chose et ce revirement est si complet à chaque instant qu'il est à peine besoin de refuter maintenant son enseignement d'hier entièrement abandonné aujourd'hui. Rien ne s'opposait à ce que cette école anatomo-pathologique recherchât la lésion faite par la maladie dans l'organe. Mais il aurait fallu ne pas lui enlever la place que la clinique et la physiologie surtout lui avaient imposée. Aussi combien nombreux encore sont les états morbides non judicieusement classés.

Il faut avouer que la grande complexité du problème à résoudre y est bien pour quelque chose. Or comme il reste encore de la place pour d'autres recherches et de nouvelles théories, avouons que celle de voir, par exemple, l'unité dominer la complexité organique serait pour nous un appas alléchant.

Nous sommes trop convaincus que la vie traduit son activité non par une action, mais par une réaction, pour méconnaitre que les sources de la maladie soient dans des influences extérieures à l'individu, comme nous le dit l'école. Seulement nous osons interpréter autrement leur mode d'action. Dans notre pensée

ces causes agissent, d'ordinaire, avec une extrême lenteur, se préparent et s'installent dès le berceau pour produire sans bruit et sans secousse l'altération du plasma sanguin, d'où procèdent les éléments figurés de l'organisme, et ont pour champ d'action la *cellule hépatique.*

Une fois le plasma altéré c'est la chimie pathologique qui entre en scène pour constituer les prédispositions morbides. Mais comment se produit cette altération du plasma, car en elle-même cette altération ne saurait être une *première cause*, elle en suppose nécessairement une autre ? La question qui se pose est donc de savoir quelle pourrait bien être la première de ces influences que nous voulons rendre responsable de tous ces effets innombrables qu'on a fait rentrer dans le cadre nosologique comme autant d'entités morbides ?

Quand on prend la peine de chercher quels sont les organes qui faiblissent les premiers à la tâche, on est forcé d'admettre que ce sont ceux qui président de plus près aux fonctions de la nutrition. L'observation, du reste, nous en fournit des preuves irrécusables à chaque instant du jour. De fait, si l'on veut bien se convaincre que l'appareil digestif est la base de toute vie dans l'échelle des êtres, tandis que les autres appareils semblent n'être que des appareils de perfectionnement, il faudra convenir que c'est avec une alimentation saine et pondérée que l'être se développe, que la vie s'entretient, que les éléments cellulaires se maintiennent en se renouvellant sans cesse, il faut bien admettre que les sources de vie par excellence sont à l'exclusion de toutes les autres, les *ingesta.*

Dès lors il n'est pas moins vrai de dire *qu'une alimentation vicieuse, adultérée, excessive,* brisera sûrement le même équilibre physiologique pour abandonner l'organisme aux premiers germes de mort.—Forts de cette conviction nous sommes portés à croire qu'il est rationnel de rechercher dans ce

premier facteur, dans cet élément de croissance et de conservation, la condition première des maladies par son action sur les organes digestifs. Or, comme l'organisme humain ne forme qu'un seul tout, que les organes sont solidaires les uns des autres, il faut que, quand l'un d'eux faiblit, les autres en ressentent nécessairement le contre-coup.

Quant aux désordres digestifs qu'entraînent à leur suite les excès de tout genre en fait d'alimentation, il est inutile de nous y arrêter, puisque tous les bureaux de consultations sont là pour nous redire, par leurs échos ahurissants, les plaintes toujours les mêmes de cette classe de malades réclamant régulièrement nos soins.—C'est là que l'on peut se convaincre que toutes les maladies de l'enfant qu'un lait normal n'a pas nourri, ainsi que celles de l'adolescence et de la vieillesse ne semblent reconnaître pour cause originelle que les vices d'une alimentation excessive ou adultérée. En effet l'expérience et l'observation de tous le jours nous en expliquent le mécanisme, et ce premier facteur de maladie nous en trace la responsabilité à l'égard des autres organes.

On comprend sans peine qu'un estomac, qui a été longtemps surchargé par trop d'aliments, doit nécessairement, se dilater d'abord outre mesure, s'épuiser ensuite au point de voir ses fonctions physiologiques s'amoindrir, donner prise aux phénomènes des fermentations les plus malsaines avant ceux d'une digestion normale, et renvoyer dans l'intestin un bol alimentaire mal élaboré et prêt à ouvrir la porte aux productions toxiques. De plus cet organe ainsi dilaté devra se déplacer et en deplacer d'autres, c'est fatal ; alors intervient le triste cortège de toutes les ptoses abdominales que Glénard a appelé fort heureusement du nom de *déséquilibration du ventre.* C'est alors que les phénomènes réflexes, mécaniques et trophiques auxquels ces désordres auront donné lieu, ne connaissent plus

d'obstacles peut terrasser la victime ou la vouer à une existence des plus malheureuse. Cet obstacle gardien fidèle du bon fonctionnement des autres organes, est, à n'en pas douter, la glande hépatique. C'est à elle en effet que revient l'obligation physiologique de défendre l'organisme puisque la nature lui a imposé le triple rôle de :

1° Sécréter d'abord le plus antifermentescible des liquides.

2° Transformer les produits de la digestion.

3° Les élaborer et préparer ainsi leur participation à la genèse du sang.

4° Fabriquer en un mot la matière vivante de laquelle procéderont les éléments cellulaires.

5° Jouer le rôle de barrière à l'égard de toutes les matières toxiques qui remplissent l'intestin, lieu de culture par excellence de tous les poisons figurés ou solubles susceptibles de pénétrer sans cesse par absorption dans les vaisseaux-portes.

De fait, l'analyse nous prouve que, tant que le foie suffit à la tâche, les sang porte est éminemment toxique, tandis que celui des veines sus-hépatiques est absolument normal.

Il est donc facile de comprendre la lutte très vive que cet organe doit opposer aux nombreux germes toxiques qui ont envahi le tube intestinal depuis si longtemps compromis et par une alimentation malsaine, et par les dilatations et les déplacements organiques auxquels elle aurait donné naissance.—On comprend de plus que ce surmenage physiologique de l'un et l'autre de ces organes ne peut manquer d'aggraver la situation en compromettant incessamment l'intégrité réciproque.

Mais quelle est donc cette lésion hépatique qui prépare lentement, sans secousse, toujours de la même manière l'altération du plasma sanguin en fournissant une bile anormale, en élaborant imparfaitement les matériaux absorbés, en épurant insuffi-

sainement le sang des déchets organiques et en le préservant imparfaitement des poisons de l'intestin ? C'est la congestion chronique du foie depuis longtemps préparée par les désordres digestifs résultant de l'alimentation désordonnée, des dilatations de l'estomac et des ptoses abdominales, lesquelles sont ordinairement servies en plus par les influences héréditaires, morales et de milieux.

Quand aux symptômes de cette congestion du foie, ils sont si légers au début, si fugaces et irréguliers, si peu en rapport avec l'importance de l'organe qui les produit, qu'on les confond facilement avec les premiers désordres digestifs.

Plus tard cette sorte de joie intérieure, de bien être et de consolation organique qui donne la santé est remplacée par des tendances mélancoliques, un alanguissemet de toutes les fonctions et, une diminution du ressort vital.

L'enfant devient paresseux, inintelligent et ennuyeux. L'adulte prend la vie en dégoût, devient hypocondriaque, misanthrope. Le teint perd de son éclat, de sa fraicheur ; les tempes, le front, le tour de la bouche et des yeux prennent une teinte subictérique ; l'œil est moins pénétrant, moins ouvert, moins éclairé et cet état se prolonge en s'aggravant peu à peu durant plusieurs années. Alors on est moins résistant aux influences extérieures et nous savons avec quelle facilité ces sujets prennent toutes les maladies qui passent.

Localement la congestion du foie s'accuse par une augmentation notable de l'organe. Lorsque la nutrition générale a assez souffert, la composition de la bile s'altère plus profondément ! Ce liquide se sature de déchets organiques et la lithiase est toute constituée.

Alors apparaissent trois ordres d'effets constants.—

1° Des troubles mécaniques.

2° " réflexes.

3° " trophiques.

En effet.—La gène circulatoire du foie entraîne tout d'abord une stase sanguine dans le système porte et une augmentation de pression dans ce système. De là apparaissent :

1° Les hémorrhoides.

2° La varicose intestinale d'où dérivent des hémorrhagies stomacales et intestinales parfois mortelles.

3° La compression de la veine cave inférieure pour engendrer les congestions utéro-ovariennes à peu près constantes qui préparent les métrites avec toutes leurs conséquences.

De nombreuses observations prouvent qu'il suffit de savoir décongestionner le foie pour prévenir l'avortement, l'albuminurie puerpérale et l'éclampsie ; guérir les métrites chroniques beaucoup plus efficacement qu'avec les moyens gynécologiques seuls employés systématiquement.

Cette congestion sait encore produire celle de la prostate par les anastomoses qui existent entre le plexus prostatique et le réseau hémorrhoidal.

C'est encore par la compression de la veine cave que s'expliquent si facilement les palpitations du cœur et cette somnolence invincible que les hépatiques éprouvent dès que la digestion commence et se fait pénible.

Par l'augmentation de son volume, il ne tarde pas à congestionner le poumon droit et à dérégler le coeur, tandis que la rate le congestionne à gauche.

De là cette gène d'expansion pulmonaire, cette suffocation constante à la montée, l'oppression et le besoin instinctif de faire de longues et fréquentes inspirations. Plus tard le poumon est refoulé, la gène augmente, puis apparaissent des phénomènes d'irritation pulmonaire depuis la toux la plus légère jus-

qu'à l'hémoptysie ; souvent intervient le processus inflammatoire qui a très souvent fait croire à tort à une tuberculose pulmonaire.

Ces erreurs de diagnostic sont loin d'êtres rares et des spécialistes de renom n'en sont pas toujours à l'abri.

En outre il reste évident que dans bien des cas il suffira d'une influence de cet ordre pour localiser une tuberculisation héréditaire.

Il est indubitable, si ces premiers troubles mécaniques ont été préparés par l'insuffisance digestive, que les fonctions digestives à leur tour ne peuvent assurément pas profiter de cet état pathologique du foie, mais bien au contraire se troubler et compromettre davantage les fonctions hépatiques. C'est alors que l'on voit apparaître les *troubles réflexes :* Ces derniers n'acquerront cliniquement leur maximum d'intensité que lorsque la congestion aura suffisamment altéré la fonction biliaire pour arriver à la formation des graviers.—Ce n'est qu'à cette période que le foie sera sensible et deviendra douloureux à la pression. Un fait remarquable, selon Bouchard, et qui explique de nombreuses erreurs de diagnostic, c'est que les douleurs de la lithiase sont rarement perçues dans les voies biliaires. Par phénomène réflexe elles provoqueront de la gastro-entéralgie, des douleurs rénales, utéro-ovariennes particulièrement intéressantes en vue des diagnostics trop souvent erronnés sous ce rapport.

Les troubles réflexes que la lithiase provoque du côté de la sensibilité, du coeur et du système nerveux de relation ne sont ni moins nombreux ni moins complexes A cette période de la lithiase surgissent des troubles centraux qui portent sur l'intensité ou la coordination des mouvements, des sentiments et des idées. Avec certains auteurs nous croyons qu'indépendamment des fous par lésions de texture il doit y avoir de nombreux cas de folie reflexe, de folie

toxique tout à fait secondaire, dont la cause unique et immédiate doit être dans le foie et qui le plus souvent n'est que de la lithiase biliaire. En un mot nous croyons qu'un bon nombre des hystériques et névropathes qui remplissent les asiles ne sont que des hépatiques.

Ici encore on doit se demander quel doit être à cet instant la valeur du pouvoir digestif en présence de tant d'assauts et à quel point doit en être rendu le concours de l'insuffisance digestive sur le travail pathologique du foie ?

Les *troubles trophiques* qui surviennent nous en donnent une réponse éloquente. Dans tout trouble trophique il faut bien reconnaitre deux periodes distinctes: "*La viciation du sang et la lésion organique.*"

La seconde suppose nécessairement la première, car une cellule étant donnée, sa structure et sa fonction dépendent de sa nutrivité. C'est donc un changement dans la composition chimique qui marquera le début de la maladie et c'est dans le plasma sanguin qu'on découvrira ce changement. Delà la grande importance qu'il y a, au point de vue pratique, à découvrir de bonne heure ces altérations du milieu interne parce que la médication pourrait alors compter sur le concours des cellules qui, grâce à leur vie propre, luttent plus ou moins longtemps contre la viciation du plasma.

Si l'on tient compte maintenant des innombrables poisons qui infectent l'organisme et dont l'insuffisance digestive est seule responsable, on comprendra combien est vraie cette parole de Bouchard: "Que l'homme se trouve constamment sous une menace d'empoisonnement et qu'il travaille à chaque instant à sa propre destruction"—Nous avons vu que si cette intoxication ne se réalise pas c'est que l'organisme possède des ressources multiples pour y échapper.—Mais si le foie élabore mal la matière vivante, qu'arrivera-t-il ? Les sécrétions biliaire, renale, intes-

tinale, pulmonaire et cutanée seront nécessairement altérées et le sang gardera pour la vie normale, des matériaux impropres qui serviront, dès lors, à la physiologie pathologique.—Si, au contraire, le foie fournit de la matière vivante saine, les émonctoires seront normalement constitués et sans cesse impressionnés par un sang normal. Dès lors, ils fonctionneront normalement et la toxémie ne se produira pas. Quand on se donne la peine de passer en revue les divers traitements qui ont été préconisés contre les maladies qui nous amoindrissent, on reste convaincu que les meilleurs ont toujours été ceux qui, de près ou de loin, visaient le ménagement des organes digestifs et l'intégrité des fonctions hépatiques.

Quant à l'hérédité, on se demande s'il serait imprudent d' l'interpréter en disant qu'il est très raisonnable que ceux qui suivent doivent porter l'empreinte de leurs devanciers ; que le produit doit ressembler au producteur ; que le germe apporté à la fécondation doit nécessairement se sentir de l'intégrité organique plus ou moins parfaite de l'être qui l'a fourni.

Dès lors il devient facile de s'expliquer comment il se fait que des parents ayant vécu très vieux, en faisant des excès de tout genre, aient donné la vie à des êtres incapables de se soutenir, et qu'ils leur aient transmis un germe de mort en même temps que celui de la vie.

Ne serait-ce pas là encore une manière rationnelle d'expliquer la transmission des diathèses qu'on rencontre toujours dans les mêmes familles ? Nous le croyons absolument, puisqu'une alimentation surchargée et que l'abus de certaines substances par leur action nocive sur les organes formateurs du sang peuvent produire de toute pièce le rachitisme, la scrofule, l'arthritisme etc. Pour qu'il y ait hérédité ne faut-il pas que les parents transmettent le terrain d'abord, c'est-à-dire un élément sain ou vicié et, avec lui, l'aptitude et la tendance ?

Le premier effet de la congestion chronique du foie que l'on rencontre à des dégrés divers chez la plupart de nos, malades, est donc d'altérer le sang en l'encombrant de produits azotés trop abondants ou insuffisamment solubles, lesquels ne tardent pas à troubler la nutrition générale et, par suite, les fonctions. Aussi l'observation prouve que, par le seul progrès du trouble de nutrition, on passe d'une maladie à une autre maladie et d'une diathèse à une autre diathèse.

Pour expliquer cet enchainement, cette succession d'états morbides, il suffira d'invoquer l'hérédité pour certains cas, et pour les autres, d'ajouter au trouble trophique du foie certaines conditions de milieu.

Tant que le rein est sain, il pourra compenser quelque peu l'insuffisance hépatique et empêcher l'empoisonnement, mais s'il s'irrite, si son épithélium se desquame au contact du liquide altéré, il ne tardera pas à être insuffisant et la toxémie fera alors de plus rapides progrès.

La peau et les muqueuses sont, après le foie et le rein, les deux autres gran[illegible]ies d'élimination des déchets azotés.

Si c'est la p[illegible] a été choisie par l'organisme pour épurer le sang on ne tardera pas à voir apparaître toute une série d'éruptions, v. g. urticaires, exzéma, impétigo, prurigo, furoncles, anthrax etc.,—ou encore toutes les scrofulides selon le degré du trouble trophique. Ces éruptions sont si bien des voies ouvertes à l'élimination des substances nocives que l'on voit souvent la suppression brusque de ces dermatoses produire, par répercussion, des fluxions viscérales plus ou moins graves.

Si la peau et le rein fonctionnent mal, l'organisme pourra choisir la voie bronchique ou intestinale pour se débarrasser des produits toxiques qu'il renferme.

Dans le premier cas surviendront, tantôt une toux sèche, coqueluchoïde, émétisante ; tantôt un catarrhe de durée et si le

pneumo-gastrique est touché par l'arthritisme, au catarrhe s'ajouteront l'emphysème et l'asthme.

Lorsque le poison du sang s'élimine par l'intestin ou lorsqu'il a altéré la bile d'une certaine manière survient la diarrhée ou la dissenterie. En effet, au contact de cette bile altérée et acide, la muqueuse s'irrite, s'enflamme et s'ulcère, comme il arrive pour la muqueuse nasale dans le coriza.—

Pour ceux qui veulent tout rapporter au microbe nous soutenons qu'il faudra toujours une altération préalable dans la constitution de nos organes, que la nutrition soit déjà pervertie, soit dans la totalité de l'être comme dans les diathèses nutritives soit partiellement comme dans le traumatisme.

Ainsi dans le sang, le cœur, les artères, les articulations, les tissus et les viscères, les dégénérescences s'enchainent et se succèdent. Mais ce sera toujours une altération dans la qualité ou la quantité du composé azoté qui marquera la lésion initiale ; cette lésion une fois produite, la physiologie pathologique, c'est-à-dire la microbiose, commence.

Cette manière d'interpréter la médecine nous parait avoir deux avantages

Le premier est de pouvoir, en se guidant sur l'enchainement et la progression des états morbides, annoncer, à peu près à coup sûr, l'avenir pathologique reservé à chaque individu en insuffisance digestive. Il faut que, dès l'apparition des premiers signes d'insuffisance digestive ou de congestion chronique du foie, le médecin puisse dire à son malade : " Si vous ne faites rien, dans trois ans vous serez rhumatisant ; dans dix ans vous serez goutteux, diabétique, calculeux ou cataracté. Si vous ne faites rien, vos artères deviendront malades et à 60 ans vous serez ramolli ou apoplectique. Si vous ne faites rien, vos enfants auront des convulsions, seront scrofuleux ou tuberculeux. Le médecin ne doit pas être seulement *guérisseur* il doit

être *préservateur*.. Il doit s'appliquer à manier la vie comme d'autres manient la lumière, la chaleur et l'électricité.

Le second avantage à cette conception de la médecine, c'est que le médecin, en surveillant de bonne heure les fonctions digestives, protégera sûrement, du même coup, les fonctions hépatiques et pourra ainsi réunir au bénéfice de l'individu toutes les conditions de nature à procurer la plus grande somme de vie.

Pour arriver à ce résultat désirable il faudra donc s'adresser à une thérapeutique large et clairvoyante que nous ne pourrions indiquer ici, mais que nous aimons à mentionner comme étant d'ordinaire efficace dans la plupart des cas.

En rendant ainsi l'homme vigoureux, ce dernier pourra manger les microbes impunément ; mais s'il reste faible, s'il est amoindri, s'il est empoisonné, si sa digestion est en insuffisance, si son foie, par suite, laisse passer les microbes de l'intestin ou leurs sécrétions toxiques dans la grande circulation, il deviendra leur proie et quelque soit l'hygiène et l'antiseptie dont on l'entourera, il en restera encore assez pour le dévorer.

Il reste acquis qu'avec un traitement judicieux on devra guérir sinon soulager toute cette catégorie de maladies que les soins les plus variés n'avaient pu empêcher d'entrer dans la classe des incurables.

Même à cet instant, malgré le désordre des organes dont nous nous occupons, on assiste souvent à de véritables résurrections seulement par l'ablation de la cause : c'est-à-dire en retranchant de l'alimentation les substances dommageables qui sont presque toujours les mêmes ; en ordonnant à cet individu un régime judicieux et en lui enseignant qu'on est plus raisonnable et plus sûr de s'affranchir de tous les maux qui concourent à notre perte en s'habituant de bonne heure : à *manger pour vivre* et non à *vivre pour manger*.

TROUBLES ET MALADIES DE LA NUTRITION

PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE.

Par C.-A. DAIGLE

Démonstrateur de Bactériologie et d'Anatomie Pathologique à l'Université Laval de Montréal, Pathologiste à la Maternité et à la Crèche de la Miséricorde, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

HISTORIQUE ET DÉFINITIONS.

Par suite de données insuffisantes, la Pathologie a dû vivre à ses débuts, d'explications plus ou moins ingénieuses touchant la nature et les causes des maladies. On s'est appliqué dans ces derniers temps à pénétrer ce mystère, et de nombreux travaux exécutés dans ce sens ont été couronnés de succès.

" *La Pathogénie*, dit Charrin, est *l'oeuvre des temps nouveaux* : " le travail des siècles a constitué la symptomatologie, " plus récemment, on a groupé les connaissances relatives aux " lésions et créé l'Anatomie pathologique, mais les influences " et les causes qui ont engendré ces lésions, la Pathogénie ! " c'est l'oeuvre de notre temps : elle nous a fait connaître les " modalités toxiques, infectieuses, nutritives et autres processus " inconnus de nos devanciers ". (Leçons de Pathologie appliquée, Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.)

La Pathologie générale, appuyée sur la Biologie et sur la Pathologie expérimentale, nous a éclairés sur une foule de questions dont la solution paraissait, au premier abord, impossible à obtenir.

Les travaux de laboratoire, venant s'ajouter aux procédés de la clinique, pour l'éclairer et la guider, lui ont permis de réaliser de nombreux et importants progrès.

" A la lumière de l'Anatomie Pathologique et de l'Histo-" chimie, dit Chantemesse, les rapports de cause à effet se dé-" gagent d'une manière de plus en plus précise entre les alté-" rations cellulaires physico-chimiques et les troubles fonction-" nels ; telle est la source de l'ardeur des pathologistes à cher-" cher dans les éléments cellulaires les modifications qui corres-" pondent aux manifestations morbides. " (Processus généraux, vol. 1, 1901.)

Nous devons ces progrès à une armée de travailleurs répartie dans le monde entier : nous en devons une bonne partie, si non la plus grande part, à une Ecole qui nous touche de plus près que les autres, je veux parler de l'Ecole française.

Un grand nombre se sont distingués dans cette œuvre scientifique et humanitaire. A Pasteur et à la pléiade de savants dont il s'est entouré, nous devons le chapitre le plus intéressant peut-être de la médecine moderne, celui consacré à l'étude des maladies microbiennes. Nous devons à d'autres, qu'il y a lieu de mentionner également parmi les lumières de cette époque, des travaux du plus haut intérêt, et dont l'importance ne le cède en rien aux premiers : citons les remarquables travaux du professur Bouchard et de ses élèves sur les troubles et maladies de la nutrition.

Avant de rédiger un mémoire sur cette classe importante de maladies, j'ai cru devoir puiser largement à la source des dernières publications, et revoir en même temps les ouvrages parus il y a quelques années, afin de mieux établir les différences et les points de comparaison.

Les vieux auteurs ont, comme ceux d'aujourd'hui, des chapitres consacrés aux maladies de la nutrition, mais ils ne sont

point semblablement ordonnés, et les états morbides mentionnés n'y sont pas les mêmes.

Il suffira de citer le chapitre des diathèses. Grasset définissait autrefois la *diathèse* : " une maladie générale, une maladie " chronique dont les manifestations étaient multiples et variées." Pour lui, la diathèse n'était pas une simple prédisposition morbide : c'était une maladie. Ainsi, il appelait maladies diathésiques : la syphilis, la goutte, la scrofule, la tuberculose, l'herpétisme, le cancer, le rhumatisme, l'impaludisme, l'alcoolisme ; l'alcoolisme une diathèse ! C'en est une pour le moins autant que la tuberculose et l'impaludisme ! Mais il était tout de même en progrès sur Baumès, qui, lui, admettait jusqu'à vingt-deux diathèses.

Je rappelle ces opinions, non pour en médire, elles ont eu et elles ont encore une valeur ; "les conceptions nouvelles, dit Charrin, n'apportent aucune négation aux conceptions anciennes." Les vieilles notions restent dans les données d'aujourd'hui. Ce sont les explications qui sont nouvelles. La tradition n'est que l'observation poursuivie, transmise de génération en génération, et le clinicien doit s'inspirer de la tradition, de même qu'il doit allier les techniques nouvelles aux ressources qu'il possédait déjà. La marche du progrès est, par le fait de cet accord, mieux assurée.

Donc, pour M. Bouchard, comme pour Grasset et Beaumès, la *diathèse* existe : mais elle ne constitue pas une maladie. Il la définit : "Un trouble permanent des mutations nutritives " qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes " comme formes symptomatiques, comme siège anatomique et " comme processus pathologique." Il n'admet en définitive que deux diathèses : l'arthritisme et la scrofule ; ce qui réduit singulièrement le tableau et simplifie beaucoup la question.

La *diathèse arthritique* ou bradytrophique, néologisme pro-

posé par M. Landouzy et qui signifie lenteur des mutations nutritives, comprend : les lithiases biliaire et urinaire, l'obésité, le diabète, la goutte, le rhumatisme chronique.

La *diathèse scrofuleuse*, débarrassée d'une foule d'accidents comme l'adénite, les abcès froids, les tumeurs blanches, le lupus, que l'on rattache aujourd'hui à la tuberculose, les déformations osseuses et autres manifestations que l'on rattache à la syphilis, reste *en somme, le terrain dont la nutrition est déviée* et sur lequel peuvent évoluer des maladies vulgaires, aiguës ou chroniques.

Mais la question des diathèses n'est que l'introduction à l'étude des troubles de la nutrition. Pour étudier convenablement ces derniers dans leur mécanisme intime, et surtout pour leur instituer une thérapeutique rationnelle, il est nécessaire de retracer l'origine de ces troubles et d'en établir, si possible l'ordre de production, la pathogénie : faire la pathogénie, comme on l'a dit avec justesse, c'est éclairer la clinique et préparer la thérapeutique.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE CELLULAIRES

Quelqu'un a comparé l'organisme à une fédération cellulaire représentant une fédération sociale, une colonie parfaite composée de millions et de millions d'éléments, isolés et autonomes jusqu'à un certain point.

"Le moyen âge, dit Duclaux, groupait les citoyens en corporations. Ainsi les éléments cellulaires, ayant les mêmes fonctions se rassemblent en tissus élémentaires, en communautés. Ces communautés forment les organes, systèmes déjà complexes, où la multitude des efforts qui s'y combinent se traduit, comme la vie dans les grandes agglomérations, par un mouvement d'entrée et de sortie. Entre les organes s'établit, par suite, un jeu d'échanges continus, chacun d'eux demandant

à un autre ce qui lui est nécessaire et lui créant ce dont il a besoin. Une agence de transport, le sang, favorise ces échanges. Les relations entre les districts éloignés, la transmission des demandes et des réponses se font par un réseau compliqué embrassant le corps entier et dont les diverses stations, communiquant entre elles, sont en relation permanente, et pour ainsi dire automatique, avec la station centrale des hémisphères cérébraux. De cet ensemble harmonique d'efforts résulte un effet extérieur plus ou moins puissant au point de vue physique. Certaines de ces communautés laborieuses, comme les villes du moyen âge, ont pour unique ambition de vivre, de résister aux causes de destruction qui les menacent sans trêve ; d'autres se découragent et abandonnent la partie ; d'autres, plus rares, accroissent leur influence. deviennent Rome ou Athènes." A ce tableau il ne manque, dit Chantemesse, que d'ajouter un trait, celui qui vise la défense de la cité. confiée—on pourrait dire avec Metchnikoff —à une garde d'honneur, les phagocytes.

La cellule est donc en définitive l'élément actif du corps, et c'est elle exclusivement que l'on doit envisager au point de vue de l'activité nutritive, comme l'a affirmé Bouchard. Elle est en réalité le substratum de la plupart des états pathologiques et la santé résulte de son bon ou de son mauvais fonctionnement ; les microbes eux-mêmes ne réussissent à troubler l'organisme qu'en troublant le jeu des éléments anatomiques, dans leur structure, dans leur sécrétion, dans leur histologie, dans leur chimie. C'est le triomphe de la pathologie cellulaire fondée par Virchow, il y a moins d'un demi-siècle.

Ces données étant admises, il convient d'ajouter quelques mots sur le *mécanisme de la vie cellulaire* avant d'aborder l'étude des troubles et maladies de la nutrition entièrement sous la dépendance de ce même mécanisme.

Histolyse.

La vie cellulaire se manifeste, en dernière analyse, par une *série de phénomènes physico-chimiques* qui apparaissent dans des conditions définies de température, d'électricité, d'humidité, de milieu acide, neutre ou alcalin, d'excès ou d'absence d'oxygène. Nous pouvons, dit Armand Gauthier, réduire les phénomènes élémentaires de la vie à une série d'oxydations, de réductions, d'hydratations, de dédoublements ou de synthèses qui déterminent ou dirigent, dans les tissus complexes de l'être vivant, les conditions du milieu intérieur ou extérieur.

Les cellules n'agissent pas directement, par elles-mêmes, sur le milieu qui les entoure et dans lequel elles puisent les éléments nécessaires à leur fonctionnement. Elles agissent par l'entremise de certains ferments, *cytases ou dyastases*, qu'elles sécrètent et que l'on a considérés, dans ces derniers temps, comme les véritables agents de la nutrition cellulaire. L'étude de la nutrition chez les cellules microbiennes, a donné à ces ferments une telle importance, dit Duclaux, dans son Traité de Microbiologie, qu'ils ont presque détrôné la cellule elle-même. Ces ferments sont tous hydratants ou déshydratants. Les premiers, . . . les ferments digestifs, rendent les substances dialysables, et leur permettent de traverser facilement les membranes animales ; les seconds ont pour mission de fixer, dans les tissus, les substances telles que l'albumine, en les déshydratant. Cette action n'est pas toujours accompagnée d'oxydation, comme on l'a cru un temps ; celle-ci a lieu surtout pour les matières qui tendent vers l'état excrémentiel.

Parmi les *matériaux organiques* qui entrent dans la composition des corps vivants et font l'objet de l'histolyse, nous avons à considérer les matières albuminoïdes, les hydrates de carbone, les matières grasses et les sels minéraux.

Les hydrates de carbone, après un stage au foie, traversent l'organisme où ils sont une source d'énergie, mais ils ne servent pas à la réparation des tissus. Les produits ultimes de leur destruction sont l'eau, jetée dans le torrent circulatoire, et l'acide carbonique qui s'élimine par les poumons.

Les matières grasses, qui sont avant tout une source de chaleur et d'énergie, subissent le même sort que les hydrocarbones et se résolvent en eau et en acide carbonique après un stage plus ou moins prolongé dans les tissus. Ces deux substances ne contenant que du carbone, de l'oxygène et de l'hydrogène, se réduisent aisément sans donner lieu à la formation de beaucoup de produits intermédiaires ; leur destruction dans l'organisme peut être considérée comme absolue et complète.

Il n'en est pas ainsi des *matières albuminoïdes*, dont les molécules, beaucoup plus complexes, contiennent de l'azote en plus de l'oxygène, de l'hydrogène et du carbone. L'albumine, considérée comme la substance constitutive de l'organisme, forme la partie essentielle du protoplasma cellulaire, foyer de tous les processus de la vie normale ou pathologique. Sa destruction donne lieu à la formation de l'urée, comme terme ultime, et à la production de nombreux composés intermédiaires, ce qu'il est très important de noter. Tout mouvement de la nutrition se faisant, à un degré quelconque, par l'intermédiaire des matières protéiques, il est facile de comprendre que la désassimilation de ces matiàres intéresse au plus haut degré l'ensemble des phénomènes de la nutrition, et on a affirmé, avec raison, que la connaissance de la constitution des matières albuminoïdes et de leurs produits de dédoublement, dans des conditions déterminées, doit être considérée comme le point fondamental de la question.

La nutrition sera donc plus ou moins active, suivant que la quantité totale d'albumine élaborée pendant l'unité de temps

sera plus ou moins grande. L'activité histolytique, régie par des causes que nous étudierons plus loin, amènera une destruction plus ou moins abondante et plus ou moins parfaite de cette substance. Si les transformations terminales se font lentement ou insuffisamment, l'individu pourra souffrir de la présence en excès dans le sang des produits intermédiaires de la désassimilation.

La grande voie d'élimination des déchets azotés de l'organisme étant l'urine, il suit que le dosage de l'azote urinaire permettra de mesurer d'une façon approximative la quantité d'albumine détruite.

Les sucres et la graisse amenant, par suite de leur oxydation, une absorption plus ou moins grande d'acide carbonique, c'est aux échanges respiratoires qu'il faudra s'adresser, pour obtenir une connaissance approximative de leur combustion et de leur utilisation.

M. Legendre a prétendu que le corps se renouvelait en 7 ans ; la vérité, c'est que le corps, ou au moins sa partie fondamentale, l'albumine, se renouvelle en 71 jours quand on a 14 ans, et en 145 jours quand on a atteint l'âge de 70 ans. L'intensité, la rapidité de la destruction dépendent de l'action hystologique et varient suivant que la nutrition est plus ou moins active et s'exécute dans des conditions plus ou moins normales.

Le cycle des mutations cellulaires

Il s'opère donc un mouvement moléculaire constant au sein de la matière organisée vivante. Tout en restant identique à elle même, chaque particule protoplasmique élémentaire est l'objet de subtitutions nombreuses et incessantes. Elle puise dans le milieu ambiant les matériaux nécessaires à sa fonction propre, les modifie par une sorte de digestion intra-cellulaire et les incorpore à sa propre substance, en même temps qu'elle ex-

pulse au dehors la matière usée et transformée qui a servi à l'accomplissement des actes physiologiques qui lui sont dévolus.

Ce double mouvement d'introduction et d'expulsion de molécules, après qu'elles ont subi certaines transformations, c'est la *mutation nutritive*, c'est la *Nutrition.* " C'est, dit Bouchard la vie avec son double mouvement d'assimilation et de désassimilation, de création et de destruction. "

Considéré de près, ce double phénomène vital peut se diviser en quatre actes principaux.

Chacun de ces actes successifs pouvant être troublé par excès ou par défaut, par augmentation, par diminution ou perversion de fonctions, il convient de les examiner séparément et de voir quelles sont les causes qui peuvent les influencer primitivement et secondairement.

1° *L'apport des substances nutritives à la cellule ou translation de pénétration.*

La matière circulante, dissoute ou tenue en suspension dans les liquides qui la mettent en contact avec les éléments figurés, subit d'incessantes transformations. Par la respiration elle accumule la chaleur qu'elle distribue ensuite dans toutes les parties de l'organisme et aux muscles en particulier, lesquels la transforment en mouvement. Par l'entremise de la circulation, elle distribue aux différents organes les aliments rendus assimilables par les métamorphoses nombreuses qu'ils ont subies dans le tube digestif et ses annexes.

L'apport alimentaire, considéré au point de vue de la quantité et de la qualité, doit, par conséquent, influencer le premier acte de la nutrition.

Les principes azotés, à cause de leur importance primordiale, ne peuvent être longtemps refusés à l'organisme.

La privation des hydrocarbures lui est moins rapidement préjudiciable.

La diète des substances minérales exerce une influence fâcheuse, par suite du rôle multiple qu'elles ont à exercer dans l'organisme. Quelques-unes de ces substances se fixent dans les tissus ; d'autres ont pour fin d'activer les phénomènes de la nutrition en favorisant les échanges osmotiques, par leur action solubilisante et leur pouvoir de diffusion. La déminéralisation de l'organisme ne peut donc s'effectuer sans de graves inconvénients.

L'eau est peut-être le facteur le plus indispensable à la vie et la privation de cet agent est un obstacle insurmontable à l'exécution des actes de la nutrition. Les troubles de la circulation, en produisant une stagnation dans le circulus intercellulaire, empêchent les sucs nutritifs d'arriver au contact des cellules ; l'osmose et la diffusion se trouvent par ce fait entravées ou suspendues.

3° *L'assimilation* à la cellule des matériaux nutritifs apportés ou la transmutation vivifiante.

Disons d'abord que l'assimilation peut être modifiée par les même causes qui influent sur le premier acte de la nutrition. Le système nerveux exerce une influence considérable sur l'assimilation par l'intermédiaire des grands appareils qu'il régit, v. g. appareil respiratoire et appareil circulatoire : absorption et transport d'oxygène en plus ou moins grande quantité aux éléments-cellulaires ; il exerce, en outre, une action trophique directe sur les tissus, par inhibition, arrêt ou suractivité des métamorphoses et des échanges.

La lumière et la chaleur exercent encore une action considérable sur les mutations nutritives. Le grand air, une atmosphère limpide, les radiations solaires accélèrent l'activité des échanges ; une atmosphère humide, l'absence de lumière, les ralentissent. La chaleur des tropiques exerce une action déprimante ; les excitations périphériques produites par les va-

riations brusques de nos climats tempérés l'activent au contraire.

3 *La désassimilation* ou transmutation rétrograde comprend la série des métamorphoses que subissent les matières usées par la vie cellulaire avant d'être expulsées au dehors.

Mentionnons ici encore les influences indiquées précédemment : l'action du système nerveux, l'action de la lumière, de la chaleur, de l'électricité.

On doit considérer, dit Legendre. qu'il existe dans les éléments anatomiques vivants des *forces de tension*, qui, en maintenant dans un équilibre perpétuellement instable des états chimiques et électriques contraires, en créant des résistances et des attractions, assurent les mouvements de translation de la matière, facilitent les associations et les dissociations de molécules. Ces forces de tensions sont sans cesse produites à l'intérieur de l'organisme par des actes physiques comme l'imbibition, l'évaporation, la diffusion et par des actes chimiques comme les oxydations, les synthèses et les dédoublements.

Certains agents médicamenteux, tels que les iodures, exagèrent la désassimilation ; d'autres, tels que l'antipyrine, la diminuent ; le phosphore la pervertit, en s'emparant de l'oxygène qu'il soustrait à la cellule.

4° *La translation d'expulsion* ou la sortie des déchets cellulaires.

Les facteurs précédemment énumérés doivent être mentionnés ici également ; le système nerveux pour une part considérable, en régularisant la circulation interstitielle par l'entremise des vaso-moteurs, et en activant les appareils d'élimination ; le rein, la peau, l'exhalation pulmonaire.

L'abondance des liquides et l'activité des sécrétions, en donnant au plasma circumcellulaire un dégré de fluidité suffisant, favorisent le courant exosmotique qui entraine les déchets hors

de la cellule dans les lacs et les réseaux lymphatiques, dans les capillaires veineux, d'où ils sont jetés dans la grande circulation.

PROCESSUS PATHOGÉNIQUES

La multiplicité des conditions que requiert l'exécution parfaite des actes de la nutrition, explique que celle-ci soit troublée dans tous les états pathologiques, aigus ou chroniques. Il faudrait donc, pour analyser les troubles de la nutrition dans les différents états morbides, faire défiler la Pathologie toute entière. Cette entreprise dépasserait évidemment le cadre de ce travail. Par contre, si les influences capables de modifier la nutrition sont nombreuses, néanmoins leurs façons d'agir se réduisent à un petit nombre de modalités ou processus pathogéniques. Il suffira donc, avant de tracer les grandes lignes d'une thérapeutique générale de ces troubles et maladies, d'en distinguer les processus généraux et de mentionner les principaux états pathologiques dans lesquels la nutrition est le plus souvent troublée et le plus gravement atteinte.

M. Bouchard distingue d'abord ce qu'il appelle le procédé par *dystrophie élémentaire primitive*, dans lequel les éléments anatomiques sont influencés directement par une cause mécanique, physique ou chimique, v. g., un traumatisme, une température extrême, l'électricité ou le contact des poisons. Cette action directe provoque une réaction vitale accompagnée de troubles de la nutrition, comme on le constate par exemple dans les brûlures étendues. L'irritation des téguments diminue l'activité des échanges respiratoires ; il y a disparition du glycogène hépatique, perturbation des excrétas urinaires et rétention de matières toxiques en même temps que pénétration des microbes dans le sang par la voie cutanée. Cette lésion primitive a déterminé une série de contre-coups sur la nutrition générale.

Les *réactions nerveuses* constituent le deuxième processus pathogénique. Elles déterminent, par voie réflexe, des troubles vasculaires locaux et généraux qui modifient les échanges nutritifs ; de plus l'action trophique directe sur les éléments cellulaires peut exister indépendamment des troubles vasculaires ou s'ajouter à ces derniers et accroître la perturbation.

Les *troubles primitifs ou préalables de la nutrition* constituent le troisième processus. L'amoindrissement ou la perversion des actes de la nutrition reste compatible avec la santé, mais une santé médiocre ou mauvaise. En diminuant la résistance de l'organisme elle crée des opportunités morbides qui constituent à proprement parler les diathèses. La force de réaction se trouvant également diminuée, la maladie aiguë s'éternise et devient maladie chronique ; ce qui faisait dire avec raison à Peter : Les maladies chroniques sont des maladies diathésiques parce qu'elles se développent chez des individus en puissance de diathèse. Une maladie chronique d'emblée est une maladie constitutionnelle, et toute maladie qui récidive est une maladie diathésique ; on n'a pas droit à des récidives à moins d'être rhumatisant, goutteux, scrofuleux ou tuberculeux. L'affirmation de Peter reste vraie et s'accorde avec la conception de Bouchard sur la nature des diathèses.

Les *infections* ont des rapports très intimes avec les troubles de la nutrition. Et d'abord les troubles préalables de la nutrition, v. g., diathèse scrofuleuse, facilitent l'infection en modifiant les plasmas qui deviennent plus favorables à la pullulation des germes, et en amoindrissant les moyens de défense de l'organisme. Le bacille guette les affaiblis et les débiles La légion des phagocytes ne s'oppose plus ici avec la même vigueur à l'envahissement microbien. Une fois l'infection réalisée sur un point quelconque de l'organisme, les germes qui ont réussi à s'introduire, répandent au loin leurs poisons solubles, leurs

toxines, et déterminent, secondairement, des troubles passagers ou durables de la nutrition, lesquels viennent s'ajouter à ceux déjà existants.

Les *intoxications.* L'action des toxines est en tout comparable à celle des poisons minéraux, avec une puissance souvent plus grande. Les scléroses vasculaires et viscérales, les myocardites, les cirrhoses du foie, les néphrites interstitielles, les scléroses de la moelle et du cerveau peuvent être les résultantes de l'infection typhoïdique, scarlatineuse et syphilitique, comme elles le sont de l'intoxication par l'alcool ou le plomb, le mercure, le phosphore et l'oxyde de carbone.

Lésions de nutrition des cellules.

Les troubles fonctionnels de la nutrition, en déterminant dans les cellules des changements passagers ou durables, sont accompagnés de lésions de structure dites lésions de nutrition dont l'étude appartient à l'Anatomie Pathologique. L'augmentation de la vitalité des cellules détermine l'hypertrophie des tissus et des organes ; la diminution de cette vitalité détermine leur atrophie ; la perversion est suivie de dégénérescences variées dont l'aboutissant est la nécrobiose ou mort de la cellule.

Etats Pathologiques

Les troubles de la nutrition peuvent être primitifs et essentiels ou accompagner certains états pathologiques ; les premiers constituent les maladies proprement dites de la nutrition. Ils comprennent :

Les dyscrasies acides donnant lieu à l'oxalurie, au rachitisme et à l'ostéomalacie ;

Les dyscrasies lipogènes donnant lieu aux séborrhées et à l'obésité ;

La lithiase biliaire, le diabète la gravelle, la goutte, le rhumatisme chronique.

Les *états pathologiques dans lesquels la nutrition est le plus gravement atteinte* sont : les maladies fébriles, la phtisie pulmonaire et les maladies chroniques du poumon, les maladies de l'hématopoièse comprenant la chlorose, l'anémie pernicieuse et la leucocythémie, les maladies du tube digestif, les maladies du rein, les maladies du foie, les maladies de la peau ; certaines névroses, en particulier la neurasthénie, certaines névralgies et névrites qui ont également des connexions intimes avec les troubles de la nutrition.

Ces maladies, si elles se rencontrent quelquefois dans les classes populaires, s'observent beaucoup plus souvent chez les patrons et les bourgeois, chez les gens qui ont des responsabilités et des préoccup... morales, les industriels, les financiers et les politiques, les savants et les professeurs. Nous pourrions ajouter les ecclésiastiques et les religieux qui se livrent à des études absorbantes prolongées et n'ont pas à exercer le ministère d'une façon active ; chez tous ceux qui travaillent plus de leur tête que de leurs muscles. Outre le défaut d'exercice musculaire et les troubles circulatoires qui en résultent, la contention d'esprit détermine bientôt chez ces sujets une fatigue nerveuse qui conduit à l'épuisement ; cette fatigue retentit d'une façon durable sur la nutrition qu'elle contribue à dévier dans le sens du ralentissement.

Les coefficients urinaires

Moyens de diagnostic.

Nous avons vu que la réduction des albuminoides était le terme moyen de la nutrition, l'excrétion urinaire étant la grande voie d'élimination des déchets azotés ; la marche des oxydations

et des réductions, c'est-à-dire le taux de la nutrition sera donc indiqué, d'après A. Robin, d'une façon approximative, par l'analyse des urines.

Chez l'homme en santé, la nutrition active tend à augmenter le chiffre de l'urée et à faire passer tous les corps azotés urinaires à l'état d'urée. L'appréciation du dégré de perfection suivant lequel cette transformation s'opère, se mesure par la recherche de la proportion existante entre les corps urinaires complètement et incomplètement élaborés, par le dosage de l'azote et du carbone, par la détermination de ce que l'on est convenu d'appeler les coefficients urinaires.

M. Chiaïs de Menton nous indique une méthode rapide permettant de verifier le degré de réduction des matières albuminoïdes. Il constate le poids du malade, établit la quantité des liquides pris en boisson, mesure le volume des urines excrétées dans les vingt-quatre heures, et, au moyen d'un calcul, détermine le total des solides. Il cherche ensuite, avec l'appareil d'Esbach la quantitée d'urée excrétée, puis il fixe en centièmes le rapport de l'urée à l'ensemble des matériaux urinaires.

Avec le concours du malade, ces déterminations peuvent se faire en 8 à 10 minutes, ce qui en fait un procédé vraiment clinique et des plus pratiques.

Autres procédés d'exploration et moyens de diagnostic.

Parmi les moyens qui nous permettent d'apprécier l'accomplissement plus ou moins parfait des actes de la nutrition, l'analyse des urines est le procédé qui nous a donné, jusqu'à présent, les résultats approximatifs les plus satisfaisants ; cependant il existe d'autres procédés d'exploration, tel *l'Hématospectroscopie*, *l'Hématimétrie* et la *Chromométrie*, qu'il y a lieu de ne pas négliger, attendu que les résultats obtenus par l'en-

semble de ces recherches sont encore plus positifs et nous renseignent davantage sur l'état du patient. Ainsi, pour M. Hénocque, l'activité des échanges entre le sang et les tissus s'apprécie par la durée de réduction de l'oxyhémoglobine, d'où l'utilité de l'examen spectral. Une bonne nutrition nécessitant un nombre suffisant d'hématies pour véhiculer l'oxygène et une richesse suffisante de ces derniers en hémoglobine, il suit également que l'Hématimétrie ou la numération des globules et la Chromométrie ou le dosage de l'hémoglobine doivent compter parmi nos moyens pratiques d'investigation.

Le taux de la nutrition se trouvant intimement lié, comme nous l'avons vu, aux variations de la circulation capillaire, l'appréciation de celle-ci à l'aide du Pléthysmographe de Hallion pourra encore s'ajouter aux autres procédés déjà mentionnés.

THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE

Dans le traitement des troubles et maladies de la nutrition, il y a lieu de s'adresser à certains agents médicamenteux, accélérateurs ou modérateurs de la nutrition, mais il faut avant tout s'adresser aux ressources propres de l'organisme, s'efforçant de ramener à la normale ses fonctions déviées. Cette thérapeutique spéciale, thérapeutique physiologique au vrai sens du mot, s'adresse à l'hygiène, au régime, aux grands modificateurs des échanges, aux frictions, à la lumière, à l'hydrothérapie, à l'électricité, à l'aérothérapie.

La DIETETIQUE ou l'art d'organiser l'alimentation suivant les besoins de l'organisme, est une des premières armes auxquelles nous devons recourir. En variant la quantité et la qualité des ingesta, il est possible de modifier les métamorphoses cellulaires, de réparer la constitution chimique détériorée et de provoquer des activités nutritives différentes. Les matières albuminoïdes, les hydrocarbones, les matières grasses s-

sont administrés suivant certaines règles variables du reste avec les besoins de chaque individu. L'arthritique devra diminuer les substances protéiques dans son alimentation (viandes animales), afin de diminuer ses déchets azotés ; le scrofuleux aura besoin d'une plus grande quantité d'albuminoïdes et de sels minéraux ; l'obèse, le gravelleux, le diabétique auront à suivre des régimes différents. Il faudra tenir compte des occupations professionnelles. L'artisan et le penseur n'utilisant pas la même catégorie d'aliments ne seront pas soumis au même régime ; au premier il faudra de la chaleur, de l'énergie, de la force, c'est-à-dire des albuminoïdes (chairs animales), mais surtout des hydrocarbones (sucres et féculents) et des matières grasses : au second, il faudra des substances capables de réparer les déchets de la cellule nerveuse, c'est-à-dire des sels minéraux et des albuminoïdes, ces derniers en modeste quantité cependant, s'il ne tient pas à se donner la goutte.

Les AGENTS PHYSIQUES sous toutes les formes sont des excitants physiologiques et constituent une médication vraiment naturelle. Ils sollicitent l'activité de la cellule sans la déformer, à l'encontre de certains agents médicamenteux. Malgré la richesse toujours croissante de la matière médicale, et l'apparition d'un nombre presqu'incalculable de médicaments nouveaux, les modificateurs de l'hygiène, dit Hayem, c'est-à-dire les stimulants habituels de l'organisme, représentent les moyens d'action les plus utiles que nous puissions mettre en œuvre en maintes circonstances. Les agents physiques interviennent d'une manière plus particulière dans le traitement toujours long et difficile des maladies chroniques ; ce qui donne à leur étude une importance pratique de premier ordre. (Ag. physiques).

L'Air. L'influence favorable exercée sur la nutrition par l'action de l'air, la cure d'air ou l'*aérothérapie*, a été démontrée dans le traitement moderne de la tuberculose pulmonaire. La

respiration exerce en effet un rôle capital au point de vue de la nutrition. Ce phénomène ne consiste pas en un simple échange gazeux au niveau des alvéoles pulmonaires ; l'oxygène qui s'y trouve absorbé par le liquide sanguin est plus tard mis au contact immédiat des cellules où s'accomplissent les oxydations qui constituent souvent la phase ultime et essentielle des mutations nutritives.

La **LUMIÈRE** est une ressource également précieuse, qu'elle soit utilisée par l'entremise des rayons solaires : *Héliothérapie*, ou par l'entremise des différents facteurs de l'éclairage artificielle, *Photothérapie*.

D'après Hénocque, la lumière exerce un pouvoir considérable sur la diffusion de l'oxygène dans l'économie ; elle diminue d'une façon notable le temps de réduction de l'oxyhémoglobine, conséquence de l'oxydation plus complète du protoplasma hématique.

M. Bouchard croit que le système nerveux, par ses extrémités périphériques, puise, dans les radiations lumineuses solaires et autres, des éléments de force qu'il peut transmettre aux organes et aux tissus suivant les besoins de la métamorphose organique.

La lumière exerce une action trophique par ses rayons violets et bleus. Elle exerce une action bactéricide telle qu'il a été établi par les travaux de Duclaux, Charrin et autres. M. Maurel de Toulouse a démontré en 1896, à l'Academie de Médecine, qu'à la suite de toute excitation cutanée, il se produit une hyper-leucocytose abondante. Le nombre des globules blancs atteint jusqu'au double ou au triple du chiffre normal, le pouvoir phagocytaire se trouvant par là sensiblement accru.

L'ÉLECTRICITÉ. Nous avons dans cet agent un puissant moyen d'action sur les troubles de la nutrition. L'électricité, dit d'Arsonval, jouit d'un privilège remarquable, celui de pouvoir mettre en jeu toutes les propriétés dites vitales de la

matière organisée. Le courant alternatif sinusoïdal, par exemple, jouit sous ce rapport de propriétés très précieuses. Il peut augmenter considérablement les échanges nutritifs et donne naissance à des phénomènes si inattendus et si merveilleux que la thérapeutique est en droit de fonder sur son emploi les espérances les plus légitimes. Par l'action de ce courant la capacité respiratoire est augmentée de cinquante pour cent, le taux de l'urée s'élève et celui de l'acide urique s'abaisse, l'élimination de l'acide carbonique augmente de moitié. Il y a donc amélioration des mutations nutritives par fixation d'oxygène et oxydation plus complète des substances excrementielles. Cette action eutrophique détermine une amélioration rapide des sujets en expérience, amélioration constatée par l'analyse des matières urinaires et la recherche des coefficients d'oxydation, aussi bien que par les symptômes généraux : activité de la respiration et de la circulation, bien-être général marqué.

On peut donc, au moyen de certaines formes d'électrisation généralisée, tels que les *Courants Sinusoïdaux*, le *Bain Statique* et les *Hautes Fréquences* obtenir les meilleurs résultats dans le traitement des troubles de la nutrition.

L'HYDROTHÉRAPIE, née de l'empirisme, comme beaucoup de médications, est aujourd'hui justifiée et expliquée par l'observation clinique et l'expérimentation physiologique contemporaines. On sait maintenant qu'elle agit, non par la sudation ou simplement par la réaction cutanée, mais en modifiant la nutrition par l'entremise du système nerveux. L'eau, dit Dujardin Baumetz, agit sur la nutrition par son action directe et indirecte sur les nerfs vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs, sur les nerfs sécréteurs, et enfin sur les nerfs trophiques. Elle favorise le jeu régulier des différents organes et devient par là un des agents les plus actifs de la médication tonique reconstituante.

Le MASSAGE, en activant la circulation, est utile dans toutes les maladies où l'organisme souffre d'une nutrition ralentie et insuffisante. Il détermine une diffusion rapide des liquides à travers les tissus et favorise l'absorption des produits préformés, en les poussant dans les espaces plasmatiques et les vaisseaux lymphatiques. Par son action sur le système nerveux et par l'entremise des contractions musculaires qu'il détermine, il agit également sur la circulation générale et sur la circulation des plus fins capillaires.

La GYMNASTIQUE sous toutes ses formes, *Kinésithérapie, Mécanothérapie* active également les échanges nutritifs. Par l'entremise des contractions musculaires elle agit puissamment sur la circulation et sur les combustions organiques, déterminant une oxydation et une élimination plus complètes des substances azotées. Il suffira pour s'en convaincre de faire le dosage de l'azote urinaire et de l'urée après une séance de gymnastique ou de mécanothérapie.

LE CLIMAT exerce une influence considérable sur l'économie par la température, l'état hygrométrique, l'action de la lumière, l'état électrique de l'air et l'altitude, tous ces facteurs ayant une action énergique sur le système nerveux et la nutrition. L'altitude active la réduction de l'oxyhémoglobine et la soustraction de l'acide carbonique du sang par diminution de la pression atmosphérique. La montagne convient aux phtisiques et aux tousseurs ; la Riviera, Nice, Cannes et Menton aux arthritiques, aux convalescents et aux goutteux. Il y aurait lieu d'indiquer ici les différents endroits de la province de Québec et du Canada qui conviennent aux cachectiques, aux débiles et aux ralentis de la nutrition. Nos montagnes et nos places d'eau doivent offrir des avantages précieux à cette classe nombreuse et intéressante de malades ; mais il serait peut être long

et difficile, sans étude préalable, de les indiquer dans le présent travail.

CONCLUSIONS

Après s'être adressé à l'Hygiène et aux Agents médicamenteux, il convient, dans le traitement des troubles et maladies de la nutrition, de s'adresser aux Agents physiques, comme à des adjuvants précieux, attendu qu'ils comptent parmi les moyens les plus puissants dont dispose notre arsenal de thérapeutique moderne.

Les relations qui existent entre les troubles de la nutrition et les infections ajoutent une valeur nouvelle à l'usage des Agents physiques. C'est par leur entremise que nous pouvons mettre en pratique les *aphorismes* bien connus du professeur Landouzy, sorte de *catéchisme concis du praticien* : robustifier le terrain bacillisable ; mettre l'organisme en état de pourvoir à ses moyens de défense (activités phagocytaires), d'entretien, de développement et de travail ; activer la fonction respiratoire pour élever le coefficient d'oxydation ; en un mot : Activer la Nutrition.



PROGRES A FAIRE DANS LE TRAITEMENT MERCURIEL

(Par M. le Dr LEREDDE, Paris)

Depuis plus de six mois je me suis occupé de la question des affections parasyphilitiques et j'ai été amené à penser que le terme "parasyphilitique" pouvait être appliqué à des affections telles que la neurasthénie et l'hystérie de la période secondaire qui sont d'origine et non de nature syphilitique, et qui se rencontrent plus fréquemment chez les non syphilitiques que chez les malades atteints de syphilis, mais que des maladies comme le tabès et la paralysie générale, qui sont presque particulières aux syphilitiques, ne pouvaient être déclarées d'origine syphilitique et non de nature syphilitique.

Je me suis demandé pourquoi le Prof. Fournier, qui a établi cette notion de la parasyphilis, avait cru que le tabès, la paralysie générale, et d'autres maladies, sont incurables par le traitement spécifique et je me suis aperçu que, de côté et d'autre, on avait publié des observations, en nombre respectable déjà, où le tabès et la paralysie générale avaient été guéris par le traitement mercuriel. C'est ainsi que j'ai été conduit à me demander si le traitement mercuriel fait par le Prof. Fournier, chez les malades qu'il avait considérés comme parasyphilitiques, n'avait pas été un traitement insuffisant et si, par hasard, ces malades n'auraient pu guérir traités d'une autre manière. Or, on sait que, depuis quelques années, le traitement par les injections de calomel a pris une extension importante, et a permis de guérir

des accidents rebelles aux autres méthodes de traitement hydrargyrique.

La notion de la para syphilis est antérieure à l'époque où les injections de calomel ont pris l'extension que l'on sait, et où le traitement mercuriel a été fait d'une manière plus énergique.

J'ai déjà recueilli un certain nombre d'observations de paralysies améliorées ou guéries par le calomel et j'ai publié récemment une observation de tabès à marche rapide guéri par le calomel.

Le calomel a-t-il donc une action spécifique dans la syphilis ? Je fus très frappé en entendant un jour une communication de M. Albert Robin concernant une malade atteinte d'accidents oculaires graves ayant résisté au traitement par le calomel et ayant guéri par des injections de benzoate de mercure. En étudiant l'observation, je m'aperçus que les injections avaient été faites à une dose infiniment supérieure à celles qu'on emploie d'habitude, puisqu'elle était de 5 ctgr. par jour. En réfléchissant à la question, je fus moins surpris et je fus conduit à admettre les opinions que j'ai soutenues récemment, qui ont déjà eu un certain retentissement et qui conduisent à modifier sur quelques points importants le traitement mercuriel dans la syphilis.

J'ai remarqué que tous les sels couramment employés en injections solubles ont rencontré des partisans, que chacun a déclaré que le sel dont il se servait était supérieur aux autres, et cependant aucun sel n'a démontré sa supériorité d'action d'une manière réelle. Je me demandai si, réellement, il existait des raisons d'admettre que tel sel fut supérieur à tel autre au point de vue de l'efficacité et si l'action des sels n'était pas dûe simplement à la quantité de mercure qu'ils contiennent. Or, les sels mercuriels employés d'une manière courante ne contiennent pas des doses de mercure semblables puisque le cyanure de mer-

cure contient 78 p. 100, le sublimé 73 p. 100, le bi-iodure 44 p. 100, et le benzoate 45 p. 100.

L'action du calomel se comprend si l'on pense que l'on introduit en une semaine une quantité de mercure supérieure à celle qu'on introduit par un autre sel employé d'une manière courante et la supériorité des injections insolubles sur les injections solubles est dûe simplement, me semble-t-il, à ce que, jusqu'ici, on a employé des doses de sel soluble beaucoup trop faibles.

Il est prouvé aujourd'hui que l'on peut injecter chaque jour, à un syphilitique, 6 et 7 ctgr. de benzoate de mercure et de bi-iodure. J'ai même pu injecter 3 ctgr. de cyanure, chaque jour, à des syphilitiques. Par suite on peut injecter, sous forme de sels solubles, des doses bien supérieures à celles qu'on a injectées jusqu'ici.

Ces notions établies conduisent à modifier le traitement syphilitique sur un certain nombre de points.

Je dois d'abord remarquer que l'on doit attacher la plus grande importance à la quantité de mercure injectée dans l'organisme, puisque c'est par elle qu'on s'explique facilement la supériorité d'action de certains procédés sur certains autres.

J'ai pu établir la loi suivante :

Un accident syphilitique rebelle à une quantité de mercure A peut guérir par une quantité A x a quelle que soit la valeur de a.

Etant donnée l'importance de la quantité de mercure introduite dans l'organisme, il est nécessaire de faire le traitement des accidents syphilitiques graves ou rebelles uniquement sous forme d'injections mercurielles car elles sont le seul moyen à notre disposition pour savoir quelle quantité de mercure nous introduisons dans l organisme.

Dans les accidents syphilitiques qui atteignent le système nerveux, il est urgent d'agir le plus rapidement possible. On se servira donc d'injections solubles à la dose de 6 à 8 ctgr. de benzoate ou de bi-iodure par jour, ou d'injections de cyanure ou de sublimé à la dose de 2 ou 3 ctgr.

Dans les accidents nerveux à évolution lente, tels que ceux qu'on a appelés parasyphilitiques, on injectera des sels solubles aux doses précédentes, mais on pourra se servir de calomel en modifiant la technique indiquée jusqu'ici.

Le calomel a un effet précieux, c'est d'agir brutalement. L'injection de calomel est suivie de phénomènes locaux et généraux qui démontrent une résorption rapide du mercure injecté.

On pourra, comme je l'ai fait, dans les accidents parasyphilitiques, employer le calomel sous forme d'injections de 10 ctgr., la première à un jour déterminé, la deuxième seize jours après la première, la troisième six jours après le deuxième, la quatrième cinq jours après la troisième.

Je n'ai pas encore rapproché les injections davantage car, dans ces conditions, on détermine un affaissement et un amaigrissement marqués et je ne rapprocherai les injections que chez les malades chez lesquels je n'observerai pas ces phénomènes. Bien entendu, l'état du rein et des urines doit toujours être surveillé.

Les mêmes considérations sont appliquables aux accidents syphilitiques graves, en dehors du système nerveux. On doit agir le plus énergiquement possible. Dans ces cas on fera pénétrer sous forme d'injections de calomel ou d'injections solubles, la plus forte dose de mercure possible dans l'unité de temps.

Lorsque ces accidents seront graves, par les phénomènes à début rapide qu'ils peuvent déterminer, on agira par les injections solubles aux doses que j'ai indiquées de manière à intro-

duire, dans le plus bref délai possible, la plus grande quantité de mercure possible.

Tels sont les principes qui doivent, pour moi, guider les médecins dans le traitement des accidents syphilitiques graves. J'expose, en ce moment, sur ce point, des idées personnelles, mais qui ont, je crois, le mérite d'être extrêmement simples et de reposer sur des raisonnements faciles à comprendre. Je ne pense pas, du reste, que le traitement mercuriel, tel que je l'indique, ne puisse être perfectionné. La question des injections intra-veineuses, particulièrement, est à reprendre et, d'autre part, on peut se demander si certains sels organiques ne permettront pas d'agir encore plus énergiquement que nous ne pouvons le faire sans déterminer les effets toxiques que nous aurions avec les sels actuels en élevant les doses. Mais ce que je veux indiquer en ce moment, c'est la possibilité de faire le traitement mercuriel mieux qu'on ne le fait à l'heure actuelle et de réaliser un progrès sur les règles aujourd'hui suivies par tous les syphiligraphes.



PRECISION ET CERTITUDE EN MEDECINE

Par A. JOYAL,
Ancien agrégé à l'Université Laval de Montréal.

Il y a quelque temps déjà, dans une conférence sur l'*inflammation* faite devant la Société Médicale de Montréal, le professeur Rottot a émis, sur la valeur des connaissances en médecine, une opinion qui, si elle n'était erronée, serait propre à décourager et à éloigner de l'étude de la science médicale (1).

Le haut mérite du conférencier donne à son opinion une autorité qui n'est pas au nombre de celles qu'on peut considérer comme indifférentes ou négligeables. Il est donc important qu'elle ne reste pas sans réponse, sinon elle laisserait dans l'esprit des jeunes médecins des préventions durables.

" Depuis la plus haute antiquité, nous dit-il, l'*inflammation* n'a cessé de faire briller les glorieuses incertitudes de la science médicale." C'est évidemment une preuve d'humilité de sa part de confesser que ce qu'il a enseigné toute sa vie est incertain ; nous n'avons pas une pareille modestie, et nous pensons, contrairement à ce qu'il affirme, que la médecine peut offrir des résultats aussi certains que toute autre science pourvu qu'elle sache renfermer ses conclusions dans le degré de précision que comporte la complication de ses phénomènes.

Le degré de précision des phénomènes varie beaucoup suivant leurs conditions de simplicité ou de complication ; il ne

(1) L'Inflammation—Conférence faite devant la Société Médicale de Montréal par le professeur Rottot, doyen de la Faculté de Médecine de Montréal.

faudrait pas pour cela en venir à dire, par une vicieuse confusion des mots, qu'il en est de même de leur certitude. L'inflammation, quoiqu'étant un phénomène morbide complexe dont on ne peut, il est vrai, dans les conditions actuelles de la science, saisir tous les élements, n'en est pas moins un fait particulier certain soumis à une loi, à une cause générale que nous soupçonnons déjà, et que les progrès incessants et toujours de plus en plus rapides de l'observation nous dévoileront.

"Aucune des nombreuses théories émises avec plus ou moins d'emphase par leurs auteurs n'a pu se maintenir, reproche M. le professeur à la science médicale." Il semble que seule une personne étrangère à l'étude des sciences puisse se scandaliser ainsi des variations incessantes qui viennent successivement changer la face d'une question scientifique. Mais pourquoi, à son tour, en émet-il une qui ne se maintient pas davantage ? Tant qu'on ne fait que substituer une théorie à une autre théorie, sans preuve directe, la science n'y gagne rien ; celle des anciens en vaut une autre.

Aucun savant, que nous sachions, n'a jamais prétendu qu'une théorie est une vérité immuable. Les vérités immuables, éternelles, sont, dans le domaine de l'observation, des vérités de l'autre monde. Lorsque nous émettons une théorie, nous savons qu'elle n'est que l'expression des idées abstraites que nous nous faisons relativement aux causes ou au mécanisme des phénomènes morbides observés. Cette observation n'étant pas parfaite, il s'en suit que les théories que nous formulons sont continuellement soumises à la révision, à la vérification de l'investigation ultérieure.

Si les phénomènes observés se passent dans des conditions simples et faciles à comprendre, les théories que l'on établit se rapprochent beaucoup plus de la réalité. Mais, quand il s'agit de phénomènes difficiles à observer à cause de leur complication

ou du grand nombre des éléments qui les constituent, les théories sont alors beaucoup plus difficiles à édifier. Lorsque nous parvenons à en établir, nous ne les considérons jamais comme des notions absolues, des principes nécessaires d'où doivent dériver fatalement les faits particuliers. Nos connaissances n'atteindront jamais ce degré de certitude absolue. Elles ne seront toujours que relatives. L'esprit humain a renoncé à chercher l'absolu, il a renoncé à découvrir la nature et les causes intimes des phénomènes pour s'attacher à découvrir, par *l'observation et le raisonnement sagement combinés*, leurs lois effectives, c'est-à-dire à découvrir leurs relations invariables de succession ou de similitude.

Encore une fois, ce sont ces relations abstraites de succession ou de similitude, ces rapports d'uniformité que découvre l'esprit entre les phénomènes qui constituent une théorie.

Quoique ces théories n'aient qu'une valeur relative il faut cependant nous en servir ; elles sont les constructions provisoires sur lesquelles le raisonnement s'appuie pour arriver à une conclusion. Cette conclusion vaudra naturellement ce que vaut la théorie.

Une théorie est nécessaire pour réunir, pour grouper les faits observés. Il n'y a pas d'observation suivie qui soit possible sans cela. Si les phénomènes observés n'étaient immédiatement rattachés à quelques principes, il serait impossible de combiner ces observations et d'en tirer aucun profit ; nous serions réduits à une stérile accumulation de faits qui n'auraient aucune relation systématique susceptible de conduire à leur prévision. Sans compter qu'il nous serait impossible de les retenir et que, le plus souvent, ils passeraient inaperçus sous nos yeux.

La probabilité d'un grand nombre de ces théories peut être portée à un si haut degré que l'esprit philosophique seul refu-

sera de les confondre avec la certitude ; pour la médecine pratique, plusieurs de ces théories sont aussi indiscutables que des vérités mathémathiques.

Mais comment distinguer entre une théorie fausse et une théorie vraie.

Eh bien, voici à quels signes on reconnait une théorie vraie : le propre des *théories erronées* est de ne pouvoir jamais laisser pressentir des faits nouveaux ; et, toutes les fois qu'un fait de cette importance est découvert, ces théories, pour en rendre compte, sont obligées de greffer une hypothèse nouvelle sur les hypothèses anciennes.

Le propre des *théories vraies*, c'est d'être l'expression des faits, d'être commandées et dominées par eux, de pouvoir prévoir sûrement des faits nouveaux, parce que ceux-ci sont enchaînés aux premiers ; en un mot le propre de ces théories est la *fécondité*. Comme exemple d'une théorie de cette nature. nous pouvons citer la théorie microbienne qui a été si féconde en résultats pratiques pour la chirurgie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique. Aujourd'hui, le chirurgien pratique les plus graves opérations rendues innocentes par l'antiseptie ; l'hygiéniste édicte, pour la prévention des maladies contagieuses, des lois basées sur des connaissances certaines ; le pathologiste connaît sûrement les causes des maladies infectieuses, et le thérapeute formule dans ces cas un traitement rationel. *C'est à la théorie pasteurienne que nous devons l'antitoxine contre la diphtérie.*

Nos efforts en médecine doivent donc tendre uniquement à la recherche et à la connaissance des rapports des choses. *L'observation* nous fait d'abord connaître ces rapports d'une façon confuse et incomplète, puis, les points de vue changeant et se multipliant, nous arrivons à en avoir une idée plus précise et plus exacte. Parmi les phénomènes successifs qui prennent

place dans l'évolution d'un phénomène complexe comme l'*inflammation*, par exemple, les uns sont tellement cachés qu'ils ne peuvent être découverts que par une observation longue et attentive, ou un changement de conditions ou de circonstances ; d'autres ont tant d'éclat qu'ils s'imposent d'eux-mêmes à notre observation ; il n'est pas douteux que ces derniers seront ceux qui seront les premiers reconnus.

L'attention des anciens avait été frappée, dans l'évolution d'un phénomène morbide qui se présentait souvent à leur observation, par les quatre phénomènes suivants : *rougeur*, *chaleur*, *douleur*, *tuméfaction*. L'aspect de cette peau rouge et chaude faisait penser à l'action du feu, à une combustion des tissus ; la fièvre, qui accompagnait presque toujours ces phénomènes, semblait une preuve péremptoire de cette pathogénie simpliste : d'où le nom d'inflammation.

Hippocrate expliquait ces symptômes par une irritation locale qui attirait au point lésé un afflux exagéré de sang. Le sang, normalement immobile d'après la conception des anciens, se déplace dans l'inflammation. Voilà le premier groupe de phénomènes inflammatoires faciles à observer, entre lesquels les anciens découvrirent des rapports d'uniformité, et qu'ils édifièrent en loi : rougeur, chaleur, douleur, tuméfaction, telle fut la loi de l'inflammation pendant des siècles à partir de l'époque hippocratique. Cette observation, n'étant pas parfaite *restait soumise à la découverte de faits nouveaux.*

Plus de deux mille ans s'écoulèrent avant que Hunter, éclairé par la découverte de la circulation du sang, constatât, en 1795, un nouveau rapport dans la dilatation active des petits vaisseaux, amenant un afflux exagéré du sang. Il remarqua les pulsations violentes des petites artères des régions enflammées et la colorotion rouge du sang veineux qui en provient. Il y a donc accélération notable de circulation. Cinquante ans,

plus tard, une nouvelle relation fut découverte par Virchow dans la prolifération de la cellule irritée : la cellule peut réagir, elle est douée d'irritabilité qui se manifeste sous trois formes : 1° l'irritabilité fonctionnelle spéciale à la fonction de chaque cellule différenciée : 2° l'irritabilité nutritive, servant à sa nutrition ; 3° l'irritabilité formative correspondant à sa prolifération. La cellule, réagissant contre l'agent phlogogène, active sa nutrition ; à cette suractivité nutritive succède nécessairement l'irritabilité formative d'où la prolifération. Encore quelques années, et Conheim, à son tour, vient ajouter un nouveau fait par ses expériences sur le mésentère de la grenouille. Il découvrit la *diapédèse*, et fit jouer un rôle capital, dans l'inflammation, aux cellules migratrices. Il y a dilatation du réseau vasculaire, issue des leucocytes à travers les capillaires (diapédèse), migration de ces leucocytes loin des vaisseaux à travers les tissus enflammés. Encore quelque temps, et Arloing, à la lumière des travaux de l'école de Bouchard sur les substances solubles microbiennes, isole la première substance diastasique phlogogène connue : il fait, le premier, de l'inflammation avec les *toxines d'un microbe* trouvé dans les lésions de la péripneumonie du boeuf.

Si, rapprochant ces faits, nous voulions faire une théorie, nous serions en droit de dire que l'inflammation est une réaction cellulaire et vasculaire de l'organisme contre une substance irritante.

En examinant la manière dont se sont formées ces connaissances, l'on voit qu'elles ont dépendu, en grande partie, du progrès d'autres sciences que la médecine. Sans la découverte, par Harvey, du plus grand fait général physiologique que nous connaissions, Hunter n'eût pas pu faire ses observations. Avant que les progrès de la physique permissent à l'opticien de mettre le microscope entre les mains de l'observateur, il était impossi-

ble de connaître les formes miscroscopiques de la vie, et les phénomènes cellulaires et vasculaires que nous ont revélés Virchow et Conheim seraient restés inconnus. Il en est de même de la part qui revient dans ces découvertes aux progrès de la chimie, science à laquelle nous devons la connaissance des substances phlogogènes. Sans la découverte du microbe, à l'aide du microscope, cette notion de chimie biologique était impossible. La découverte si tardive des phénomènes microscopiques de la vie peut servir à montrer que certains phénomènes, ordinairement imperceptibles, ne peuvent se révéler que lorsqu'un changement de conditions ou de circonstances les a rendus susceptibles d'être perçus.

Par ce qui précède l'on voit que les sciences se perfectionnent en même temps et mutuellement, et que le progrès de la médecine est solidaire du progrès d'autres sciences. Les diverses sciences, en effet, dépendent les unes des autres par d'innombrables influences réciproques. Cet enchainement est tellement réel que, pour concevoir la génération effective d'une théorie scientifique, l'esprit est conduit, comme dans l'exemple qui nous occupe, l'inflammation, à étudier le perfectionnement de quelqu'autre science qui n'a, avec elle, aucune liaison rationelle, perfectionnement sans lequel cette découverte n'eut pu avoir lieu.

Il ne faut donc pas s'étonner si la complication très supérieure des phénomènes morbides donne à la science médicale, dans son état actuel, une infériorité relative par rapport au développement plus complet d'autres sciences plus avancées, comme les mathématiques, la physique et la chimie, sciences dont les phénomènes offrent moins de complications que ceux de la médecine.

Il ne faut pas conclure de là que la médecine est incertaine. Elle est aussi certaine que toute autre science. *Elle*

n'est pas achevée. Les conquêtes du passé et l'évolution lente mais fatale de la découverte des lois qui régissent les phénomènes nous donnent foi en l'avenir. Il nous est permis d'espérer en un jour meilleur—les découvertes imminentes nous y convient—où nous pourrons analyser les nombreux éléments qui constituent le grand nombre des phénomènes pathologiques, et renfermer nos conclusions dans le dégré de précision que comporte leur complication.

En attendant les théories, les lois que nous formulons en médecine sont légitimes : elles sont le fruit de l'*observation* et du *raisonnement* réunis, seuls instruments dont l'intelligence dispose pour apprécier les faits d'ordre matériel ou psychique.



L'ALCOOLISME CHRONIQUE

Par le Dr F.-X. JULES DORION, Québec

Les alcooliques n'ont recours au médecin que dans des cas déterminés : lorsqu'un traumatisme ou un écart de régime plus grave les a jetés dans le délirium tremens, lorsque des excès répétés ont tellement délabré leurs organes que la vie ne tient plus qu'à un fil, ou encore, lorsque la localisation plus marquée des désordres sur le système nerveux, les a retranchés du nombre des êtres raisonnables.

Ce ne sont pas là les seuls effets de l'alcoolisme, mais les conséquences ultimes, car, avant que les malades en soient venus à cette extrémité, par combien de phases ne sont-ils pas passés au cours desquelles leur intelligence, leur énergie et leur santé s'en sont allées comme goutte à goutte. L'alcoolique, parvenu au dernier degré de la cachexie et du marasme, ne peut plus guère faire de tort qu'à lui-même ; mais avant que ses excès l'aient éloigné de la société, il a pu compromettre ses affaires et léguer à des enfants le triste héritage de sa déchéance physique. Il est donc d'autant plus important que les médecins aient l'œil ouvert sur des accidents un peu négligeables, aux yeux de plusieurs, que les moments sont précieux et qu'il est urgent d'enrayer un mal qui, plus tard, serait irréparable.

Il importe d'abord de s'entendre sur les termes : Si alcoolisme était synonime d'ivrognerie, nul doute qu'un grand nombre de personnes, notamment les classes dirigeantes, pourraient

s'en dire exemptes ; on peut même être ivrogne sans être alcoolique, si l'on ne s'enivre que rarement mais, par contre, la grande majorité de nos alcooliques ne s'est jamais ennivrée. A ce propos, voilà comment le docteur Jacquet, dans une conférence à la ligue anti-alcoolique de la Croix blanche, apostrophe ses concitoyens :

" Quand on parle d'alcoolisme, vous songez à l'ivrogne en soi, au pochard idéal, si je puis dire, ou encore au voisin, mais jamais à vous-mêmes. Et c'est là, n'en doutez pas, l'obstacle à la réforme individuelle, prélude obligé de la réforme sociale. Et cependant, sache-le bien, si tu n'es pas le pochard, l'alcoolique c'est toi, bourgeois jouisseur, qui, après un bon dîner, luisant de bonne chair et gavé de vins fins, sirotes amoureusement ton petit verre de vieille eau de vie ou de chartreuse. C'est toi encore qui, aux terrasses poussiérieres des cafés, dans l'odeur dentifrice de l'absinthe, dégustes ton apéritif oxygéné et hygiénique ! L'alcoolique, c'est toi aussi, potache nigaud, jeune niais, qui crois faire l'homme et te donner je ne sais quelle désinvolture cavalière, en fréquentant les brasseries et en atrophiant chez toi les attributs de la virilité : un cerveau calme, de beaux et bons muscles, des reins puissants."

Cette apostrophe, quoique virulente, n'en donne pas moins une note assez juste sur la manière dont s'exercent les ravages de l'éthylisme. Il suffit que les médecins se rappellent les cas qu'ils ont à traiter pour s'en convaincre ; nous n'avons que rarement l'occasion de soigner les véritables pochards, mais les hépatites alcooliques, les dégénérescences, les troubles psychiques, moteurs ou sensitifs, sont souvent le partage de clients à réputation de sobriété.

Le sujet suivant, présentant, à peu près tous les désordres observés dans ces cas, peut servir d'exemple :

X., robuste individu de trente cinq ans, ne s'est jamais grisé au point d'avoir maille à partir avec les sergents de ville, mais il s'intoxique à petites doses depuis de longues années ; il y est porté, d'ailleurs, par son genre de commerce : c'est un trafiquant de peaux et ces sortes de marchés, paraît-il, ne se concluent jamais sans l'accompagnement obligé d'un petit verre. Notre homme boit surtout de l'alcool et de la bière.

Cependant, il ne vient pas me voir de lui-même, ne se plaignant pas de son état ; mes soins sont d'abord réclamés par le père qui s'alarme de voir son fils perdre la mémoire au point de ne pouvoir contrôler ses affaires.

A l'examen externe, le malade a l'apparence d'un alcoolique dans la pleine floraison qui précède la déchéance : tissu adipeux abondant, teint fleuri, yeux bouffis. Parmi les symptômes caractéristiques, l'amnésie a ceci de particulier qu'elle est analogue à celle des ramollis par l'âge, ce que, dans notre pays, on est convenu d'appeler les gens en enfance ; c'est-à-dire qu'il a perdu le souvenir des faits récents mais mentionne avec assez de suite les anciens. Ainsi, il oublie ma visite du matin ou notre conversation de la veille, mais il raconte fort lucidement des faits qui se sont passés dans son enfance et donne de minutieux détails sur les maladies dont il a souffert alors.

Ces troubles de la mémoire sont souvent entremêlés de délires subaigus ou rêves prolongés de Lasègue ; il continue à l'état de veille, des affaires qu'il a cru commencer pendant le sommeil ; il converse avec des personnes imaginaires, mais contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, ses visions n'ont pas le caractère terrifiant.

Du côté de l'oeil les troubles portent principalement sur le cristallin qui ne varie plus sa courbure suivant les distances, aussi, comme chez les vieillards encore, la vision est elle imparfaite et la lecture et l'écriture absolument impossibles

à moins que les caractères ne soient très gros. Cependant la nyctalopie, habituelle dans ces cas, fait défaut ici.

Les oreilles ne rendent pas les services accoutumés mais sont le siège, principalement la gauche, de bourdonnements répétés consistant surtout en bruit de chute d'eau, ou de sirène qui fatiguent beaucoup le malade ; ces bruits très tenaces ont été du nombre des accidents qui sont disparus les derniers.

Les organes du toucher sont atteints par la pseudo-anesthésie dont nous parlerons plus loin ; le sujet se plaint de la sensation de ouate interposée entre ses mains ou ses pieds et les objets qu'il touche.

Il y a des vertiges avec tendance à toujours aller du même côté, les sensations sont plus pénibles et plus accentuées lorsque le malade est devant un vide : ainsi la dernière fois qu'il a descendu les escaliers de sa demeure, il a été obligé de se glisser sur les fesses pour ne pas tomber, comme il l'aurait fait infailliblement s'il fut resté debout. Le malade est fort incommodé d'une pseudo paraplégie qu'on pourrait aussi nommer pseudo-tabes ; les réflexes rotuliens persistent mais affaiblis, et l'hémianesthésie est assez marquée, surtout du côté gauche, où semblent prédominer les phénomènes morbides. Dans la marche, les jambes se refusent soudain à remplir leur office ; plusieurs fois le jour elles sont le siège de crampes, de douleurs fulgurantes, de frissonnements que le sujet compare à des fourmis qui marcheraient sous sa peau.

Du côté du tube digestif on remarque une pharyngite chronique d'origine probablement irritative. L'appétit est diminué et l'estomac renferme beoucoup de gaz. Chaque matin il y a des vomissements d'un liquide blanc, filant et visqueux, presque transparent, et cela sans beaucoup d'efforts. L'appétit étant nul, le malade ne déjeune pas, mais comme la soif est vive, il recourt

à ses breuvages favoris et continue ainsi, dès le matin, à poursuivre sa méthode d'intoxication lente. Le repas du midi est assez substantiel, mais la faim n'est jamais impérieuse. L'intestin fonctionne bien et il y a plutôt diarrhée que constipation. Malgré son âge et son apparence robuste, le sujet ne paraît avoir que peu d'appétit sexuel.

Après trois mois d'un traitement bien suivi, mon malade est revenu à un état satisfaisant ; je l'ai d'abord isolé, avec un entourage choisi, capable d'exercer une surveillance intelligente et attentive; ceci fait, j'ai retranché assez brusquement l'alcool que j'ai remplacé par l'eau de Vichy à profusion, pour tromper la soif. Le médicament actif a été la strychnine sous forme de nitrate, en injections hypodermiques, tandis que la teinture de noix vomique, dans un excipient agréable, était donnée à l'intérieur. L'appétit s'est réveillé facilement pour devenir bientôt vorace au point que mon malade avait pris tellement de corpulence, lorsque j'ai fait cesser la réclusion, qu'il a dû commander des habits neufs, les siens étant devenus trop étroits.

La diarrhée est disparue après une couple de semaines, mais les troubles des organes des sens ont été les plus tenaces et la vue, les oreilles et la mémoire ont été lents à recouvrer leur intégrité.

Quoique ne présentant pas tous les symptômes susceptibles d'être rencontrés dans l'alcoolisme chronique, ce cas peut cependant être rangé parmi les types les plus classiques de ces malades dont l'affection passerait inaperçue si ceux qui s'intéressent à eux ne requéraient des services médicaux.

Nul doute que si mon patient avait souffert de traumatisme même léger, on aurait pu remarquer chez lui une réaction dépassant la normale, une guérison difficile et surtout du délirium tremens ; car on a, depuis longtemps, la preuve que le moindre

trouble de l'organisme expose à ces complications, chez un alcoolique.

Sur trente deux observations de traumatismes, recueillies par Meaussire, chez les buveurs d'habitude, il y a eu délire datant de un à cinq jours après l'accident. Voici une de ces observations :

D. mécanicien, trente six ans, entré à l'hôpital le douze novembre 1900. *Régime*, deux litres de vin, un ou deux verres de rhum, une absinthe parfois. *Stigmates*, tremblement léger des mains, rêves professionnels, cauchemars. Le père était alcoolique. Le vingt-cinq octobre, en sortant de l'atelier, le malade a été poussé par un camarade, au cours d'une discussion. Il est tombé sur le bord d'un trottoir et s'est blessé à l'œil droit. Il est entré seul, chez lui, la tête enflée : il y est resté huit jours et a été soigné pour son traumatisme. Le 4 novembre, à minuit et demi, il se levait, et grimpé sur une chaise, il criait, par la fenêtre, à Dieu, de lui donner de la lumière. Puis il est sorti de sa chambre, a escaladé la grille et on l'a arrêté dans la banlieue occupé à déclamer. Il était pieds nus, vêtu d'un seul pantalon, sans pansement, par une pluie battante. Il s'est réveillé à l'Hôpital Ste-Anne, le 7 novembre, ne se rappelant de rien ; depuis il s'est rétabli à Ville Evrard.

Deux cas de M. Blum, fractures de jambes, ne sont sortis de l'hôpital, définitivement guéris, l'un qu'après cinq mois et l'autre après un an et demi de traitement.

Un autre cas de fracture de jambe est mort, après infection généralisée, cinq mois après l'accident. Et un malade de Lacombe, souffrant d'un grand traumatisme de la jambe, reçu en état d'ivresse, mourut en vingt-quatre heures, en plein délirium tremens.

Un homme de quarante-cinq ans (observation personnelle) glisse sur le rail d'un tramway en traversant une rue et se fait

une fracture ordinaire de la jambe ; il n'y a pas eu de symptômes d'infection, mais pendant plusieurs mois, la consolidation s'est fait attendre au point de nous faire craindre une pseudarthrose. C'était un alcoolique.

Cette lenteur et ces troubles dans la guérison des éthyliques, s'expliquent par la nature du poison dont il font usage. L'alcool ingéré n'est pas tout absorbé, car une partie circule dans l'organisme à l'état de nature ; mais que ce soit en les traversant ou en les baignant, il irrite les organes, diminue leur vitalité et les fait dégénérer en s'y fixant. D'après un grand nombre d'observations, Meaussire en est venu à la conclusion que " l'alcool diminue le nombre des leucocytes, agents des plus importants dans la cicatrisation des plaies. Il augmente, par conséquent, la gravité des traumatismes qui, ou bien se guérissent très difficilement ou très lentement, ou bien ne peuvent se guérir et, par suite, entraînent la mort. "

Ces conclusions sont confirmées par l'expérimentation au cours de laquelle on peut faire plus abstraction des circonstances modificatrices et incriminer ainsi le véritable agent vulnérant.

Des recherches faites par Kiparski et Pétroff sur des lapins il résulte que " la cicatrisation complète des petites plaies cutanées chez les lapins ayant subi l'intoxication aigüe par l'alcool, survient, en moyenne, deux jours plus tard, que chez les lapins normaux, principalement à cause de la diminution générale de la substance chromatique dans tout le revêtement épithélial de l'animal en général, et dans les éléments épithéliaux qui vont des bords de la plaie vers le fond, en particulier. "

" Chez les lapins intoxiqués chroniquement, la cicatrisation se fait également plus lentement, mais ce phénomène n'a pas la même netteté chez tous les lapins. L'infiltration du fond de la plaie par les cellules polynucléaires est beaucoup moins pronon-

cée dans l'intoxication alcoolique aiguë, ce qui fait que la dissolution des faisceaux du tissu conjonctif et leur détachement du fond de la plaie se ralentissent. Dans l'intoxication chronique par l'alcool, l'infiltration du fond de la plaie, par les globules blancs, est également plus lente. Comme dans l'intoxication aigüe, l'infiltration se fait ici plus lentement, de sorte qu'on peut rencontrer, le quatrième et même le cinquième jour, des cellules polynucléaires, en partie non désagrégées encore, et remplissant les fentes du tissu conjonctif. "

" En résumé, la régénération de tous les tissus, après les blessures, est ralentie chez les lapins intoxiqués, à cause de la diminution de la résistance vitale et de l'énergie idiopathique des tissus. L'altération de la circulation se manifestant souvent en épanchements sanguins dans les plaies n'est pas, non plus, sans importance dans ce travail de régénération. "

Pour produire cette diminution de vitalité, cette moindre résistance dans l'organisme, il n'est pas besoin des doses massives que s'administrent les grands buveurs ; les petits verres journaliers suffisent.

Joffroy et son élève Serveaux, en administrant chaque jour, à un chien, trente grammes d'alcool éthylique pur, l'ont vu arriver à la cachexie puis à la mort ; ce qui, au point de vue de la nocivité de l'alcoolisation faible, est hautement significatif.

D'un autre côté, Jacquet prétend, et l'expérience lui donne raison, que l'alcool, même à dose modérée, n'est pas tout à fait détruit dans les tissus ; non, il circule dans le sang, on l'y retrouve en matière, et il pénètre l'intimité de nos viscères, de nos organes et de nos tissus. Il vient donc en irriter la trame, et on peut l'isoler dans le foie, dans le cerveau et dans les muscles ; on peut l'isoler aussi dans les humeurs et notamment dans le lait.

Ceci explique facilement tous les désordres dont il est la

cause dans les organes, et les effets anormaux produits par ces organes ainsi lésés.

Nous avons vu dans la relation du premier cas, les désordres individuels produits par cette mauvaise habitude, mais, malheureusement, ces désordres s'étendent au delà de l'individu, dans le produit qu'il engendre et nourrit de son lait. L'hérédité alcoolique est aussi lourde à porter que l'hérédité tuberculeuse, d'autant plus qu'elle appelle facilement la seconde.

Que sont les enfants des alcooliques ?

Lorsqu'ils arrivent à terme, ce sont des dégénérés, des débiles, des anémiques, des scrofuleux à charpente osseuse insuffisante et à musculature chétive. Les uns ont des convulsions dans la première enfance et de la dyspepsie à l'âge de puberté ; les autres sont facilement tuberculisables, qu'ils fassent une méningite ou une granulie. La plupart sont irritables, inobéissants, vicieux, quand ce ne sont pas des imbéciles, des névrosés ou des idiots. (1)

Les inconvénients des liqueurs fermentées avaient déjà frappé l'esprit des anciens, et l'on voit, dans l'histoire de Carthage, une loi ordonnant de boire de l'eau, les jours de cohabitation maritale.

Le docteur Legrain donne la statistique de deux cents quinze familles d'alcooliques suivies pendant deux, trois et même quatre générations. Sur trois cents dix-neuf descendants, il a trouvé trente sept naissances avant terme, seize mort-nés, cent vingt et une mortalités précoces, trente huit cas de débilité physique, cinquante cas de tuberculose et cent quarante cinq cas d'aliénation mentale.

Barbier (2) rapporte le cas d'un absinthique, qui eut d'abord

(1) Ladame, Hérédité alcoolique.

(2) Médecine moderne. 1899

deux enfants dans une période de débauche ; l'un présenta des malformations congénitales, l'autre fut rachitique ; enfin, dans la même période, sa femme eut une grossesse gémellaire dont les deux produits moururent. Un enfant vigoureux naquit dans une période où l'homme s'était assagi, mais, ayant repris ses habitudes d'intempérance, il donna de nouveau naissance à un enfant rachitique.

Dans deux familles d'alcooliques dont j'ai l'histoire présente à la mémoire, les mères, indemnes, jouissent d'une bonne santé ; cependant la plupart des enfants, qui sont très nombreux, disparaissent dans les deux premières années, avec tous les signes de l'athrepsie. Parmi les survivants la plupart ne marchent qu'à quatre ou cinq ans, et encore, avec des jambes cagneuses et des tibias qui renseignent éloquemment sur leur maladie de nutrition.

Enfin, les exemples d'épileptiques, rachitiques, dégénérés, ne se comptent plus et deviennent de la plus grande banalité si l'on regarde attentivement autour de soi et que l'on recherche les causes des accidents dont on est le témoin.

Le cas suivant, rencontré durant les premières années de ma pratique et dont j'ai gardé un souvenir vivace, confirme bien la théorie du docteur Jacquet, que l'alcool se retrouve, en partie, dans les humeurs et notamment dans le lait. C'est celui de l'enfant B., de sexe masculin, né en mai 1893 et mort de broncho-pneumonie en février 1894.

Quoique la maladie ait évolué d'une façon normale, l'enfant mourut plutôt d'adynamie que d'asphyxie. La mère, d'âge moyen et de tempérament polysarcique, appartenait à la dernière classe de la société ; douée d'une collection de vices, elle était surtout ivrogne, s'alcoolisant à toutes les occasions.

L'enfant était nourri exclusivement au sein ; or, à l'autopsie, qui se fit par ordre du coroner, car la réputation des parents

était telle qu'on soupçonnait des mauvais procédés ou négligence coupable, je trouvai facilement les lésions macroscopiques classiques de la broncho pneumonie, mais tous les organes de cet enfant de neuf mois étaient ceux d'un vieil alcoolique. Le foie, surtout, présentait les altérations classiques de la dégénérescence éthylique : hypertrophie, apparence jaunâtre, coupe caractéristique.

Cet exemple, rare, je crois, d'enfant alcoolisé dans un âge aussi tendre, et, exclusivement par le lait de la mère, est un enseignement sur la surveillance qu'il importe d'établir autour des nourrices dont un grand nombre, sans se croire alcooliques, se gavent d'alcool sous diverses formes, dans le but, peut-être louable, d'augmenter la sécrétion lactée.

Malheureusement, des voix autorisées et même médicales, ont souvent concouru à entretenir cette croyance, et plus d'un médecin pourrait dire : *me, me adsum qui feci.* On ne pense pas assez, en prescrivant l'alcool comme tonique ou eupeptique, qu'il doit nous commander les mêmes précautions que la morphine, surtout chez les sujets à tendance névropathique, car elles sont nombreuses les personnes, jadis sobres, dont le goût pour l'alcool date d'une convalescence au cours de laquelle on leur a prodigué des vins plus ou moins capitaux.

L'habitude est plus facile à donner qu'à faire disparaître, et, c'est surtout là qu'il importe de prévenir, pour ne pas avoir à guérir ; non pas que la médecine renonce à traiter une telle affection, puisque son intervention peut seule prévenir des accidents plus graves, mais son action curative reste relativement restreinte.

Le sentiment des auteurs est assez unanime dans ce traitement de l'alcoolisme chronique, pour me dispenser d'insister sur ce point. Je me bornerai à mentionner la strychnine qui tient une place considérable parmi les médicaments employés, et à in-

sister sur l'isolement dans un milieu favorable. Je crois aussi que la vulgarisation de quelques notes au sujet des liqueurs fermentées, rendrait service à bien des personnes en les éclairant sur des dangers qu'elles ignorent.

Les différents alcools sont nocifs à des degrés divers : Laborde et Magnan ont injecté à un cobaye un centimètre cube d'alcool éthylique pur, et à un autre la même dose d'alcool amylique. Le premier guérit après une ivresse profonde tandis que le second mourait dans le coma.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'alcool éthylique est inoffensif ; il n'est que moins toxique, car il y a empoisonnement, quelque soit l'alcool employé, mais les accidents et la mort sont déterminés par des quantités différentes. Rabuteau, Dujardin Beaumetz et Audigé croient que la toxicité augmente avec le poids atomique ; mais il existe, en outre, dans les alcools de commerce, des produits fort dangereux : d'après Leideb, leurs bases, encore peu connues, sont très toxiques et contiennent des poisons extrêmement violents pour les centres nerveux. L'adultération ajoute aussi aux dangers déjà mentionnés.

Le caractère offensif des vins augmente avec l'alcool inférieur dont on les mouille, les matières colorantes qu'on y ajoute et les substances toxiques qu'on y incorpore pour donner le bouquet.

Dans la bière, on remplace l'orge par des glucoses inférieures, on donne de l'amertume par l'acide picrique, la strychnine, la coque du levant, pour ménager le houblon.

Parmi les eaux de vie, les alcools de betterave, de pomme de terre et de grain sont les plus nocifs, car ils contiennent, surtout lorsqu'ils sont mal ou pas du tout rectifiés comme pour les produits de contrebande, à côté de l'alcool éthylique, les alcools butylique et amylique.

Le Kirch, eau de vie de cerise, contient de l'acide cyanhydrique.

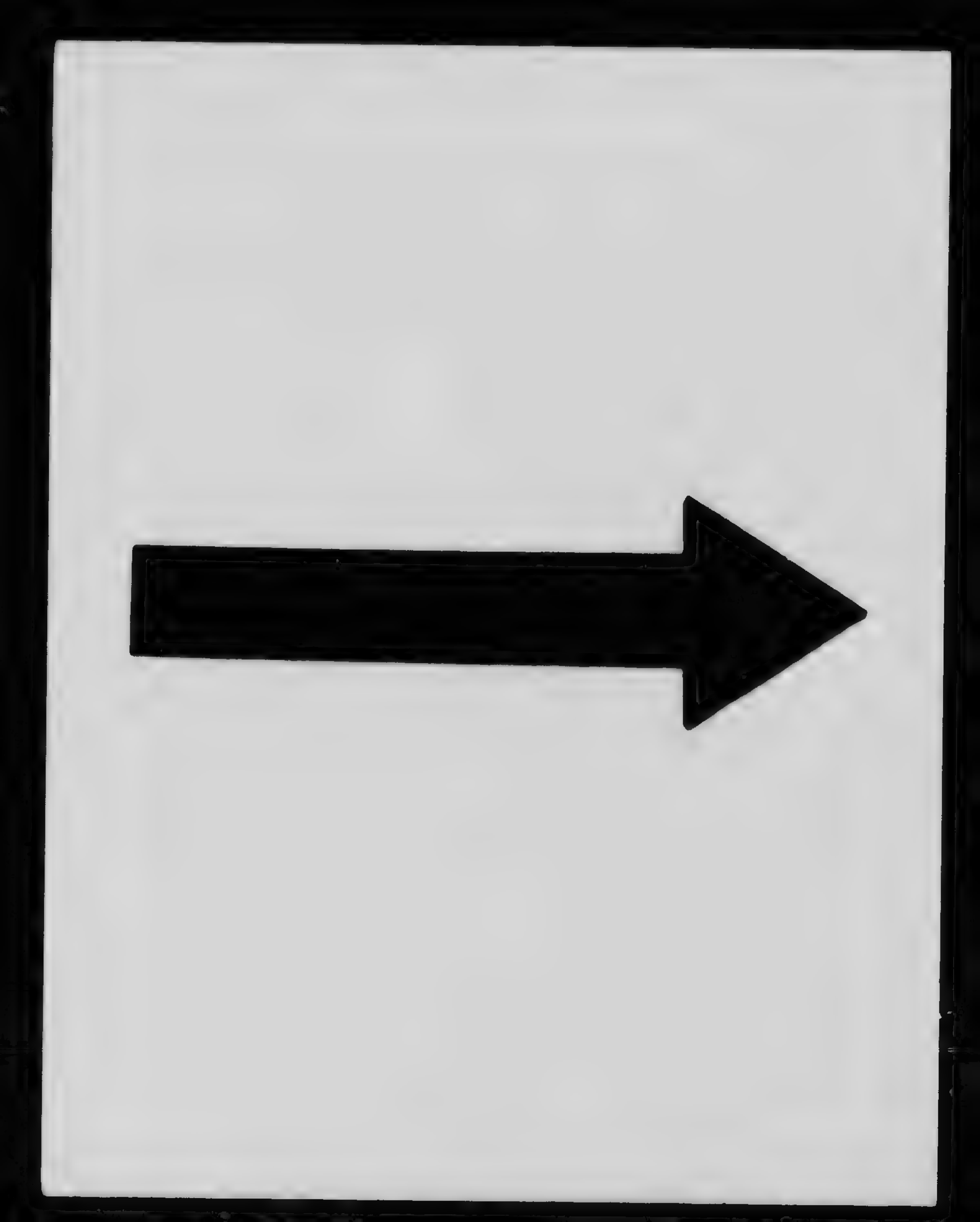
L'absinthe est épileptisante, d'après Magnan et Laborde, et stupéfiante par son essence d'anis, d'après Cadéac et Menier.

Le vermouth et le bitter ont les mêmes propriétés : comme tous les apéritifs d'ailleurs, ils sont fabriqués avec des alcools de qualité inférieure et non rectifiés.

La rectification enlève les produits de tête et ceux de queue, (les flegmes), pour ne conserver que ceux qui passent au point d'ébullition de l'alcool vinique, ce qui abaisse beaucoup la toxicité des alcools, mais les fait garder entre eux leur relation.

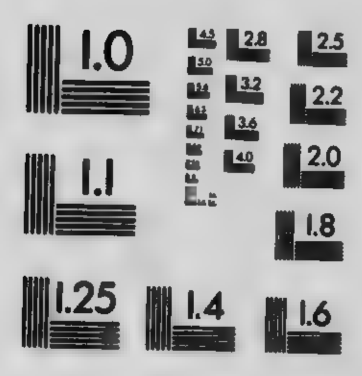
Or, dans notre pays, la plupart des alcools sont de qualité inférieure et mal rectifiés. Les alcools de grain et de pomme de terre sont fabriqués en abondance par des bouilleurs de cru qui n'ont pas, comme en France, l'autorisation gouvernementale : malgré l'active surveillance des officiers de douane, il existe dans nos paroisses, et en grand nombre, des distilleries clandestines avec appareils *primitifs et souvent dangereux*. Ces distillateurs, ignorant les méthodes de rectification ou préoccupés de se soustraire aux lois d'accise et de douane, ne s'inquiètent guère de purifier leur liquide ; quelques uns même confectionnent leurs appareils avec des métaux laissant dans les produits de distillation des substances nuisibles.

A ce propos, je me rappelle un cas d'hôpital dont le diagnostic causa beaucoup d'ennui au professeur. Il s'agissait d'un individu de la campagne, échoué à la clinique avec des symptômes très accentués de saturnisme. L'interrogatoire le plus minutieux ne pouvait déceler chez lui aucun maniement de matières suspectes : il ne s'occupait pas de peinture et n'était pas même plombier ni ferblantier. Mais c'était un alcoolique de première force, et, pour satisfaire sa passion, il s'était fabriqué un alambic dont le serpentin consistait en un long tube de plomb ;



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





à cette source rudimentaire, mais impure, il s'abreuvait à longs traits, se saturaut de plomb, comme le peintre le plus assidu à son métier. Il guérit facilement de son saturnisme, je ne sais s'il fut aussi heureux pour sa dypsomanie.

Personne d'ailleurs n'avait tenté de le débarrasser de sa mauvaise habitude, car, il faut bien l'avouer, à part le traitement de symptômes que la persistance de la cause fait toujours renaissants, la médecine est presque impuissante dans ces cas. Il importe donc de faire justice de ces spécifiques à l'aide desquels on prétend affranchir les buveurs de leurs goûts dangereux. Quelques progrès que la médecine ait faits depuis un siècle, elle ne peut encore et ne pourra jamais prétendre à des succès contre les affections morales. Tout au plus, lorsque ces affections sont intimement liées à l'existence d'un organe, pourrait-elle, à l'aide de ses instruments appliquer le principe *sublatâ causâ*........ et encore, tous les eunuques ne sont pas prudes.

Qu'on ne l'oublie pas, l'habitude s'acquiert par la répétition des actes. L'ivrognerie est d'abord un vice qui engendre ensuite une ou plutôt des maladies ; comme toute habitude il acquiert de la force en vieillissant, devient une seconde nature et tyrannise de plus en plus la volonté. Le fait que les uns font des excès et que les autres sont sobres n'infirme en rien cette vérité, car nous naissons avec des goûts et des penchants aussi variés que dissemblables. Conclure de ce qu'un homme aime l'alcool, que c'est un malade, c'est aller tout droit vers l'irresponsabilité morale absolue, car il faudrait juger de la même manière ceux que leurs penchants poussent au vol, à la luxure, etc. Quelle que soit l'inclination naturelle de tel ou tel individu, la passion ne peut devenir habitude sans le concours de la volonté.

A notre époque, les jouissances matérielles, devenues plus faciles, contribuent pour une large part à l'affaiblissement de

l'énergie ; dans la lutte contre l'alcoolisme, l'effort principal doit donc porter sur l'éducation de la volonté par tous les moyens susceptibles de la fortifier. La médecine ne peut que prêter ici l'appui de son autorité en montrant au grand jour les ravages causés dans l'organisme de l'homme par ce liquide dévastateur. Elle doit refaire les croyances populaires sur les propriétés toniques et reconstituantes des produits de distillation. Elle doit démontrer que l'alcool ne stimule *qu'à la manière du fouet* qui fait bondir le cheval sans lui donner de nouvelles forces et l'aiguillonne ainsi jusqu'à ce qu'il tombe épuisé.

Surtout elle doit se garder de continuer les errements du passé et de répandre le goût de cette liqueur en la prescrivant à tout propos. Les bons reconstituants du corps n'ont pas besoin du véhicule vinique pour produire leur effet, et nous constatons avec plaisir que les huiles de foie de morue, les glycéro-phosphates et les préparations arsénicales font aux vins une concurrence victorieuse dans le traitement des débilités.

Cependant, il ne faut pas restreindre cette concurrence au cercle des invalides, et des convalescents, mais plutôt chercher à l'étendre pour détruire une croyance qui tend à s'implanter chez nous et à persuader les gens qu'un bon moyen de prévenir l'alcoolisme est de répandre le goût du vin. Ce serait tomber de Charybde en Sylla. Sans doute le jus de la vigne est moins nocif que l'alcool, mais ses partisans le prennent en plus grande quantité, ce qui finit par provoquer les mêmes accidents.

Nous savons que la conviction entrera difficilement dans certains milieux où l'on vante les ancêtres qui buvaient sec et paraissaient ne pas s'en porter plus mal ; mais, pour éclairer les masses au sujet de l'hérédité qui fait peser sur les épaules des fils les faiblesses accumulées des pères, nous leur démontrerons que le poids des générations est lourd à porter, surtout lorsqu'elles se sont largement alcoolisées.

Aux prôneurs de la force musculaire des ancêtres nous pourrions répliquer comme ce médecin d'hôpital qui tâchait de convaincre un être chétif, fort mis à mal par l'alcool. Le patient rétorquait à l'éloquence médicale que son père, fort comme un chêne, buvait cependant sa bouteille d'eau de vie par jour. Et le médecin de répondre agacé : " C'est entendu, mais vous, ne sentez-vous pas quel pitoyable avorton vous êtes ? "

On ne saurait donc assez le répéter : dans cette lutte contre l'alcoolisme. la médecine doit demander le concours des sociétés religieuses et sociales parcequ'elle en a besoin, car si elle possède des moyens de tonifier le corps, elle en manque pour fortifier l'esprit.

Je ne puis mieux terminer qu'en citant les paroles suivantes de monsieur Georges Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques : " On veut suppléer à la volonté défaillante par des moyens factices et plus on y recourt, plus augmente la faiblesse. C'est donc à la source de toute force qu'il faut remonter. Il ne suffit pas d'effrayer l'homme et de lui montrer le péril, il faut surtout relever son âme. "



TRAITEMENT DE LA TOUX, DE L'INSOMNIE ET DES SUEURS NOCTURNES CHEZ LES TUBERCULEUX

Par le Dr. P. ARSÈNE MESNARD

Médecin de l'Hôpital International Péan, de Paris

Parmi les symptômes pénibles qui tourmentent le plus les tuberculeux, il convient de placer au premier rang la toux, l'insomnie qui en résulte habituellement, et l'hyperhidrose nocturne.

La liste est longue des médicaments employés depuis les origines de la thérapeutique contre ces diverses manifestations de la phtisie, avec succès chez certains malades, sans résultat chez d'autres. Ce qui réussit ici échoue là. Aussi le praticien ne doit-il négliger aucune des ressources que met à sa portée la pharmacologie moderne, lorsqu'il a épuisé, sans bénéfice appréciable pour le patient, les moyens thérapeutiques réputés efficaces.

Pour notre part, nous sommes arrivé, depuis plusieurs années, à nous composer une sorte de court formulaire susceptible de s'adapter à la plupart des cas soumis à notre observation ; et ce sont ces quelques règles de pratique thérapeutique modernes que, sans avoir la prétention d'innover en quoi que ce soit, nous désirons exposer à nos confrères du Congrès.

Contre la *toux des tuberculeux*, c'est à la belladone, et surtout à l'opium et ses alcaloides qu'on s'adresse ordinairement. La morphine, la codéine jouissent à cet égard d'une incontestable efficacité. Mais certains cas résistent à leur action sédative, et

c'est alors qu'on peut recourir à l'un des médicaments suivants : *dionine*, *héroïne*, *péronine*, qui sont tous les trois des dérivés de la morphine.

La *dionine*, d'après la formule chimique, est un *chlorydrate d'éthylmorphine.* Elle se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, cristalline à saveur légèrement amère, facilement soluble dans l'eau et l'alcool.

La *dionine* peut s'administrer à la dose journalière de un centigramme et demi à trois centigrammes (0 gr. 015 à 0 gr. 03), sous forme de pilules, de sirop ou de solution.

C'est à la *forme pilulaire* que nous donnons généralement la préférence, et nous formulons ainsi :

Dionine................	0 gr. 15 ctgr.
Suc de réglisse......... / Poudre de réglisse......	ãã Q. S.

F. S. A. 15 pilules.—A prendre, une ou deux pilules le soir en se couchant, et si la toux persiste, une troisième pilule dans la nuit ou vers le matin.

Le *sirop de dionine* est dosé à 0 gr. 50 de dionine pour 1.000 gr. de sirop simple. Chaque cuillerée à soupe contient un centigramme du médicament.

La *solution de dionine* peut se prescrire comme ci-dessus :

Dionine...............	0 gr. 50 ctgr.
Eau distillée...........	25 gr.

A prendre : dix gouttes de cette solution dans un peu d'eau deux ou trois fois par vingt-quatre heures. (Dix gouttes contiennent un centigramme de dionine.)

Chez les tuberculeux dont la toux n'est pas améliorée par la dionine ou éthylmorphine, nous substituons à ce médicament *l'héroïne*, qui est *l'éther diacétique de la morphine.* C'est une

poudre blanche, cristalline, se dissolvant facilement dans l'alcool, très lentement dans l'eau. Mais l'héroïne se prescrit sous la forme de *chlorhydrate d'héroïne*, qui est très soluble dans l'eau et peut s'administrer en nature, en gouttes et spécialement en injections sous-cutanées. On ne doit pas dépasser la dose de un demi-centigramme (o gr. 005 milligr.) trois fois ou au plus quatre fois par jour.

Voici la formule de la *solution* que nous employons *per os* :

Chlorhydrate d'héroïne.... o gr. 10 ctgr.
Eau distillée............. 10 gr.

A prendre ; 10 gouttes de cette solution dans un peu d'eau trois fois dans les vingt-quatre heures. (Dix gouttes correspondent à un demi-centigramme du médicament).

Pour les *injections hypodermiques*, on injectera de trois milligrammes à un centigramme d'heroïne au plus, jamais plus d'un centigramme à la fois, et l'on ne dépassera pas deux injections par jour.

Nous avons dit que, chez les tuberculeux fatigués par la toux, l'on pouvait également utiliser un troisième dérivé de la morphine, la *péronine* ou *chlorhydrate de benzoylmorphine*. C'est une poudre blanche, légère, soluble dans l'eau et l'alcool faible, surtout à chaud. Le Dr Schröder regarde la péronine comme un bon narcotique que l'on peut placer entre la codéine et la morphine, et il la recommande surtout contre la toux opiniâtre des phitisiques.

La péronine s'emploie à la dose de deux à quatre centigrammes *per die* (o gr. 02 ctgr. o gr. 04 ctgr.), en pilules, en solution ou en potion.

Les *Pilules* de péronine peuvent, comme celles de dionine, être formulées ainsi :

Péronine	0 gr. 15 ctgr.
Suc de régliss .... } Poudre de réglisse ..... }	áâ Q. S.

F. S. A. 15 pilules.—A prendre : deux à trois pilules en se couchant.

Voici maintenant une formule de solution et une formule de potion :

Solution

Péronine	0 gr. 50 ctg.
Eau distillée	100 gr.

A prendre : une cuillerée à café le soir.

Potion

Péronine	0 gr. 30 ctgr.
Alcool	5 gr.
Eau distillée	50 gr.
Sirop simple	100 gr.

A prendre : une cuillèrée à café trois fois par jour.

Hâtons-nous de dire que de ces trois dérivés de la morphine, celui que nous employons le plus volontiers est la dionine ; nous prescrivons aussi l'héroïne, mais elle s'est montrée moins fidèle que l'éthylmorphine ; quant à la péronine, nous ne l'utilisons plus jamais, surtout depuis que de récents travaux nous en ont démontré les inconvénients. C'est ainsi que le professeur A. Mayor, au cours d'une étude très documentée, parue ces temps derniers dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, déclare que "la péronine est un médicament qui atteint trop fortement le cœur pour qu'il soit permis de l'utiliser, étant donné surtout qu'il peut être remplacé dans ses actions thérapeutiques par la codéine et la dionine."

A côté des hypnotiques dont l'efficacité n'est plus à démontrer, tels que le sulfonal, le trional, le chloralose, le chloral, etc., vient se placer un nouveau médicament dons nous n'avons eu qu'à nous louer pour combattre l'insomnie, notamment chez les tuberculeux. Nous voulons parler du *dormiol*, qui est constitué par la combinaison de deux corps déjà hypnotiques par eux-mêmes : le chloral et l'hydrate d'amylène. C'est un liquide incolore, à odeur analogue à celle du menthol, de saveur à la fois fraîche et piquante. Il se trouve dans le commerce en solution aqueuse à 50 o/o.

Administré à la dose de o gr 50 à 1 et même 2 gr., le dormiol provoque rapidement le sommeil, et le malade se réveille avec le sentiment d'avoir bien dormi.

Le dormiol se prescrit en *capsules* en en *potion*.

Les capsules gélatineuses sont dosées à o gr. 50 de dormiol par capsule. Il suffit, en général, d'en prendre une le soir, et au besoin une seconde dans la nuit.

Voici une formule de potion :

Dormiol à 50 o|o .... 20 gr.
Eau distillée .... 80 gr.

Mêlez en agitant et ajoutez :

Sirop simple .... 20 gr.

A prendre : une cuillerée à soupe le soir en se couchant.

La formule que nous employons habituellement est la suivante :

Dormiol à 50 o/o .... 10 gr.
Sirop de limons .... 30 gr.
Eau distillée .... Q. S. pour 150 c. cubes.

A prendre : une cuillerée à soupe le soir ; au besoin une seconde cuillerée dans la nuit.

Cette dernière formule nous a presque constamment donné d'excellents résultats.

Comme médicaments antisudoraux, ayant fait leurs preuves et auxquels on peut toujours s'adresser, figurent, comme on sait, l'agaricine, le sulfate neutre d'atropine, le phosphate tribasique de chaux. Depuis quelque temps on a reconnu que l'*acide camphorique* jouit de propriétés antihydrotiques remarquables. On le prescrit à la dose de 2 gr. dans un julep alcoolisé, que l'on prend en une seule fois le soir, deux heures après dîner.

On a également recours au *camphorate de gaiacol* (ou *gacamphol*), qui, administré à la dose de 0 gr. 20, peut faire disparaître entièrement ou réduire au moins notablement la sécrétion sudorale (Lasker). Cette dose peut être doublée et triplée sans qu'il en résulte d'inconvénients.

Un autre camphorate qui agit bien et que nous avons maintes fois employé avec succès chez les tuberculeux fébricitants, présentant des sueurs nocturnes abondantes, est le *camphorate de pyramidon.*

On sait que le *pyramidon* est un dérivé méthylé et amidé de l'antipyrine. C'est un excellent antinévralgique et antithermique dont l'effet dure, en général, plus longtemps que celui de l'antipyrine, mais qui a l'inconvénient de provoquer, plus facilement même que cette dernière, des sueurs abondantes. D'où l'idée de l'associer à l'acide camphorique, qui, comme nous venons de le dire, est antihydrotique. Et de fait, M. Bertherand a administré le camphorate de pyramidon chez 24 tuberculeux atteints de manifestations fébriles, aux diverses périodes de la maladie. Chez 17 d'entre eux, la fièvre est tombée sous l'influence de doses variant de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 données en deux fois. En outre les sueurs disparaissaient très rapidement, même chez les sujets arrivés à une période avancée, et après cessation de tout traitement. S'il arrive que la fièvre remonte, il est exceptionnel de voir les sueurs réapparaître.

Nos propres observations confirment ces résultats.

Le camphorate de pyramidon se présente sous l'aspect d'une poudre amorphe blanchâtre, légèrement amère.

Nous l'administrons sous forme de *cachets*, dosés à 0 gr. 30 dont nous faisons prendre deux ou trois par vingt-quatre heures.

En résumé, outre les médicaments justement et depuis longtemps réputés pour leur action efficace contre cette triade symptomatique : toux, insomnie, sueurs nocturnes des phtisiques, la thérapeutique possède un certain nombre de produits nouveaux dont la valeur et l'utilité pratiques sont incontestables, et parmi lesquels il convient de retenir surtout ; 1° la *dionine* et l'*héroïne* contre la toux ; 2° le *dormiol* contre l'insomnie ; 3° le *camphorate de pyramidon* contre l'hyperhidrose des tuberculeux fébricitants.



DEUX OBSERVATIONS PERSONNELLES DE LÈPRE NERVEUSE PROUVANT SA CURABILITÉ ET SA CONTAGIOSITÉ

Par C. N. VALIN

Professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

Voici, messieurs, deux lépreux, présentant la lèpre sous sa forme nerveuse. Ces malades sont intéressants parce que, de l'observation de chacun de ces cas, se dégagent des conclusions du plus haut intérêt scientifique, en ce sens qu'elles contredisent, non pas peut-être un dogme médical, mais une opinion très répandue parmi les médecins. Ainsi, l'on croit que la lèpre est incurable, or, vous allez constater la guérison chez le premier de ces malades. L'on croit encore que, si la lèpre tuberculeuse est contagieuse, la lèpre nerveuse ne l'est pas, or vous allez prendre dans le second cas la contagion en flagrant délit. Mais, outre cet intérêt purement scientifique que comportent ces observations, elles nous offrent aussi l'occasion unique d'apprendre à connaître une maladie qui, quoique très rare parmi nous jusqu'à présent et inconnue pour cette raison à la grande majorité des médecins de notre pays, peut se présenter plus fréquemment dans l'avenir, passant, grâce à notre ignorance, en contrebande avec l'immigration exotique qui augmente à vue d'œil. Notre ville de Montréal n'est-elle pas en passe de devenir l'une des villes les plus bariolées de cosmopolitisme ? La lèpre tuberculeuse, à cause de ses lésions tégumentaires bien apparentes et même repoussantes, attire facilement les soupçons ; au contraire, la lèpre nerveuse peut facilement

passer en contrebande sous le déguisement d'une maladie pure et simple du système nerveux, par exemple sous l'apparence d'une paralysie faciale, d'une paralysie de la main, type Aran-Duchêne, d'une syringomyélie, de la maladie de Raynaud, de la maladie de Morvan, etc.. L'histoire de ces malades confirme ce que je viens de dire puisque à l'hôpital Général et à l'hôpital Royal Victoria, on n'a pas reconnu leur maladie. Je ne dis pas cela pour le simple plaisir de critiquer mais pour vous faire voir qu'il y a avantage et nécessité de mieux connaître la lèpre afin de l'empêcher de prendre pied à terre dans nos ports, ou de créer des foyers au milieu de notre population exotique. Cette crainte n'est pas exagérée puisque l'histoire nous apprend qu'une femme lépreuse, venue de St-Malo, a créé un foyer de lèpre au Nouveau-Brunswick, foyer qui n'est pas encore éteint malgré qu'il date du commencement du siècle dernier. Un hôpital pour les lépreux y fut construit en 1844 ; en 1849, le gouvernement fit ériger un lazaret, à Tracadie. Jusqu'à 1882, 150 malades y ont été soignés. Et d'abord, pour dissiper l'erreur d'un très grand nombre de médecins qui croient que la lèpre est une maladie biblique depuis longtemps disparue devant les harcèlements de la civilisation moderne, je vous prierai de jeter les yeux sur la carte géographique de la lèpre dressée par Leloir. Un bon tiers du globe terrestre est couvert par cette terrible maladie. Vous la voyez souiller, en Europe, l'Islande, la Norvège, la Finlande, le Portugal, le sud de l'Espagne, la Sicile, la Grèce, l'île de Crète, la Turquie, le sud de la Russie ; en Asie, l'Asie-Mineure, l'Arabie, la Perse, l'Indoustan, l'île de Sumatra, le royaume de Siam, le Tonkin, le littoral de la Chine, le Japon, les Philippines, Bornéo ; en Australie, la Nouvelle-Galles du Sud ; en Afrique, le Maroc, l'Algérie, l'Egypte, le Mozambique, le Madagascar, la Colonie du Cap, le Transvaal, le Congo, le Soudan, le

Sénégal ; dans l Amérique du Sud, le Brésil, la Guyanne, le Vénézuéla, la Colombie, l'Equateur, les Antilles. Cuba, Haïti, la Guadeloupe, Barbades, Trinidad ; dans l'Amérique du Nord : le Mexique, la Louisianne, la Californie, l'Orégon, les Etats-Unis du Nord-Ouest, New-York, le Groënland, Cap-Breton, le Nouveau-Brunswick (Canada).

Vous le voyez, messieurs, la lèpre est loin d'être une simple curiosité historique conservée dans quelques îles lui servant de musées. Au contraire, même notre pays n'est pas vierge de ce mal qui a élu domicile chez nos cousins les Acadiens.

Ce ne sera donc pas du temps perdu que celui que nous allons consacrer à apprendre à connaître une maladie épouvantable qui, grâce à la marée montante de l'immigration exotique, menace de se montrer plus fréquemment sur nos rives.

Avant, messieurs, de vous communiquer le détail des deux observations et d'en tirer les conclusions annoncées plus hau il me parait nécessaire, vu qu'il s'agit d'une maladie qui ne nous est pas du tout familière, d'esquisser à grands coups de pinceau, la physionomie de la lèpre dans ses diverses modalités cliniques, afin que vous appreniez à la reconnaître et que vous puissiez apprécier toute la justesse et la valeur du syndrôme présenté par ces deux malades.

I.— Définition

Et d'abord, qu'est-ce que la lèpre ? C'est une *bacillose* spéciale dont l'agent microbien spécifique est le *bacille de Hansen*, qui s'attaque à peu près exclusivement à l'organisme humain, envahissant tous les organes, mais ayant une prédilection pour la peau et le système nerveux. La lèpre a donc une tendance naturelle à s'extérioriser par des symptômes tégumentaires ou nerveux, ou même les deux à la fois.

Quelques caractères propres au bacille de Hansen.—Le bacille de Hansen, découvert en 1871, ressemble sous certains rapports au bacille de Koch, mais il est plus rectiligne, plus court, plus mince ; il fixe plus avidement la couleur de fuchsine et la cède moins facilement sous l'action mordante des acides, même au tiers. Il se colore dans des colorants de toute réaction, alcaline, acide ou neutre contrairement au bacille de la tuberculose qui ne prend que les alcalins. Il a des renflements noueux qui sont des spores. Il se présente en amas zoogléiques et en quantité prodigieuse. Il a une atmosphère mucilagineuse qui favorise ces amas. Il est cultivable d'après Neisser et Hansen dans le sérum humain gélatinisé et sur l'albumine de l'œuf. Sa résistance au temps est très considérable, ainsi Kobner a retrouvé des bacilles dans un fragment lépreux oublié pendant dix ans.

Il peut même, d'après Hallopeau, demeurer à l'état latent pendant trente ans, ce qui expliquerait les longues incubations. Les conditions qui déterminent sa virulence sont encore inconnues. Mais ce que l'on sait par l'observation c'est que le bacille a été vaincu par les pratiques hygiéniques de notre civilisation moderne et qu'il ne se développe que par les contacts répétés et prolongés de la promiscuité, par l'encombrement et la misère. Il est cosmopolite, car il se développe dans tous les climats. Toutes les races et tous les hommes sont égaux devant lui. Cependant il n'est pas vif à contagionner comme le prouvent la difficulté des inoculations à l'homme. Les inoculations qui ont réussi chez l'homme sont peu nombreuses et ont même soulevé des discussions. Les inoculations aux animaux n'ont pas réussi ; en cela le bacille de Hansen ressemble au germe infectieux de la syphilis. Un auteur aurait réussi à inoculer un singe, mais il a fallu déposer dans les méninges le véhicule de la contagion. Tout cela démontre que la contagion de la lèpre est relativement lente.

II.—Anatomie pathologique

L'histoire pathologique du bacille de la lèpre est encore entourée de mystères à cause de la difficulté des inoculations. Cependant les recherches sur l'homme malade de lèpre nous renseignent sur un grand nombre de points intéressants. On sait qu'il se répand dans tous les organes ; qu'il s'agglomère dans les espaces lymphatiques et périvasculaires de l'hypoderme où il affecte la circulation en la comprimant ou en y créant des thromboses qui expliquent les asphyxies locales ; que sa présence entraine des modifications dans le système nerveux central et périphérique qu'il impressionne par sa propre présence ou par sa toxine, le résultat donne une névrite interstitielle avec ses conséquences : hypéresthésie d'abord, anesthésie ensuite, troubles trophiques enfin. Il a été vu dans la moëlle, où l'on a constaté des cavités péri-épendymaires en tout semblables à celles de la syringomyélie. Il a été trouvé dans les cornes antérieures de la moëlle ce qui explique les troubles d'atrophie progressive. Il a été vu dans le sang, mais très rarement, il faut l'avouer, au point qu'on l'a d'abord nié.

On peut résumer son action sur l'organisme en disant qu'il irrite d'abord les tissus, provoque la néoplasie et amène finalement la nécrobiose. La virulence du bacille peut subir parfois un ralentissement considérable ou même un arrêt qui explique les rémissions prises pour la guérison. Les bacilles peuvent disparaitre de certains foyers qui sont alors comparables à des volcans éteints. Cette disparition des bacilles s'explique par l'épuisement du terrain, cet épuisement étant le résultat de la transformation conjonctivo-fibreuse et de l'absence de circulation. Alors le microbe, pris de disette, ne trouvant plus les conditions nécssaires de la vie, subit à son tour la loi de la mort. Toutes ces notions pathologiques, messieurs, vous aideront à mieux

comprendre les modalités cliniques de la lèpre et la raison de sa symptomatologie.

III.—Modalités cliniques

Le syndrôme lépreux est l'expression extériorisée d'une infection ayant par conséquent des prodrômes qui sont communs à toutes les infections, cependant, avec une allure plus lente. Ces *prodrômes communs* sont : fièvre légère, courbature, céphalagie, douleurs lombaires, articulaires, musculaires, troubles digestifs, épistaxis. Mais il y a aussi des *prodrômes particuliers* tels que : prurit, hypéresthésie, tendance au sommeil, irritation de la muqueuse aérienne, satyriasis, troubles de la sécrétion sudorale et sébacée, légère oppression, éruption pemphigoïde.

Après cette *période de germination et d'envahissement microbien* vient celle de la *systématisation* en lèpre tégumentaire ou nerveuse, selon l'orientation de la mobilisation bacillaire.

(a) *Lèpre tégumentaire :*

Si l'agression bacillaire est dirigée contre la surface cutanée il en résulte la lèpre tégumentaire dont l'évolution comprend trois périodes : 1° la *période éruptive* ; 2° *néoplasique tuberculeuse* (léprôme) ; 3° *ulcérative.*

1° *période éruptive :* Ici se montre une *triade symptômatique* d'une importance capitale parce qu'elle est caractéristique de la lèpre et parce qu'étant au seuil de la maladie elle est propre à l'accuser, facilitant ainsi un diagnostic précoce. Cette triade symptomatique se compose des éléments suivants : *érythémathose, dyschromie, dysesthésie.*

Erythématose.—Le premier phénomène de cette période est l'apparition de taches d'une couleur allant du rose au rouge sombre et livide. Ces taches sont pour la plupart *arron-*

dies, mais quelques-unes sont irrégulières. Leurs bords sont prononcés, parfois saillants. Elles apparaissent de préférence sur la face, les extrémités supérieures et inférieures, sur les épaules et les fesses.

Dyschromie.—A coté de ces taches plus ou moins rouges apparaissent des taches, les unes très brunes, couleur café, par *hyperpigmentation*, d'autres pâles, couleur de chamois, par *dépigmentation.*

Dysesthésie.—Les troubles de la sensibilité, l'*hypéresthésie*, surtout l'*anesthésie* complètent la triade pathognomonique.

Le système nerveux impressionné par la toxine ou par le bacille lui-même est troublé dans ses fonctions et traduit sa souffrance par l'hypéresthésie, par la dissociation de la sensibilité qui est une perversion, et enfin sa déchéance par l'anesthésie.

L'anesthésie est un symptôme d'une importance capitale et la pierre de touche du diagnostic de la lèpre, car c'est grâce à elle que nous distinguons la lèpre des dermatoses qui peuvent présenter une apparence objective semblable à des maladies nerveuses qui peuvent lui ressembler.

La connaissance et la valeur de ces premières manifestations sont d'une importance considérable pour un diagnostic précoce parce que la maladie peut s'ancrer dans cette première phase pendant des mois.

Quand l'évolution reprend sa marche en avant, la circulation périphérique est de plus en plus empêchée, alors, les extrémités bleuissent, se refroidissent, s'infiltrent, la tuberculisation est en train de s'opérer.

2e *Période néoplasique tuberculeuse.*— Le derme infiltré, oedémateux est mamelonné de saillies ou nodosités rouges, quelquefois violacées, plus ou moins nombreuses, appelées *léprômes.* Les ganglions sont hypertrophiés par la lutte contre

l'infection. L'infiltration de la face et des extrémités compromet le fonctionnement des glandes cutanées et la vitalité du système pileux. Les muqueuses oculaire, nasale et pharyngienne sont le siège de tuberculisation provoquant des troubles fonctionnels dans ces organes : on verra des taches opaques sur la cornée, des croutelles noirâtres à l'orifice nasal, la pharyngite établira une soif continuelle, la phonation sera altérée, la voix rauque. L'infiltration des tissus, le tiraillement et la déformation des traits et des sillons naturels composent un *facies spécial* appelé *léonin* qui fait que tous les lépreux se ressemblent.

3° *Période ulcérative.*—La circulation de plus en plus raréfiée amène la nécrobiose des léprômes ; la période ul·cérative est constituée.

La variété tuberculeuse que je viens de décrire sommairement ne peut évoluer sans une certaine participation du système nerveux qui se trouve englobé dans ce processus morbide d'infiltration, de néoplasie et d'ulcération. Mais les troubles nerveux se bornent à l'*anesthésie des léprômes.*

(b) *Lèpre nerveuse-trophoneurotique.*

Le bacille, au lieu de mobiliser toutes ses forces contre l'organe cutané, s'attaque, ici, surtout et parfois exclusivement au système nerveux central ou périphérique. Vous le présagez, le tableau clinique devra différer du précédent. Il ·clame toute votre attention car ici les erreurs sont plus fréqu. ,

Dans cette variété de lèpre le bacille déserte le tégument externe pour se faufiler le long des vaisseaux jusqu'aux troncs nerveux qu'il irrite d'abord et désorganise ensuite par une névrite interstielle dont les conséquences seront des paralysies osseuses amenant des maux perforants. Règle générale, des *macules anesthésiques* témoignent du trouble apporté au système nerveux cutané par le bacille ou par sa toxine. Parmi ces trou-

bles initiaux cutanés, un des plus importants, parce que sa signification est très suggestive, c'est l'apparition d'une ou de quelques bulles de *pemphigus*. Ce pemphigus précoce et prémonitoire est probablement une lésion par irritation toxinique, tandis que le *pemphigus tardif*, du déclin de la lèpre, est de nature trophoneurotique. L'érythème initial de la lèpre systématisée nerveuse sera plus symétrique parce que la distribution des taches est régie par l'irritation de la moelle influencée par le bacille ou sa toxine. Les troubles de la pigmentation sont aussi plus prononcés et le mélange de *taches hyperchromiques et achromiques* donne à la peau une apparence polychrôme et bigarrée. Parfois l'hyperchromie et l'achromie se trouvent réunies dans la même macule qui est blanche au centre et fortement colorée à la périphérie. *Macules troubles de la pigmentation*, *troubles de la sécrétion cutanée*, *troubles de la sensibilité* et *pemphigus* constituent souvent, pendant des années, le seul syndrôme de la lèpre nerveuse. Mais, généralement, peu de temps après l'apparition de ces symptômes, l'évolution continue et l'on voit apparaître de l'*hypertrophie ganglionnaire*, (témoignage de l'infection), de l'*atrophie musculaire des éminences thénar et hypo-thénar*, des extenseurs des doigts, *la main en griffe ;* on voit encore la peau se rétracter, s'amincir et s'ulcérer par défaut de nutrition, des *éruptions pemphigoïdes*, *la carie des os* par dystrophisme, le *nerf cubital*, *péronier* et autres *devenir volumineux*.

Vous voyez, messieurs, combien la lèpre nerveuse diffère cliniquement de la lèpre tuberculeuse, et c'est ce qu'il est important de vous faire remarquer, car la plupart des médecins se font une idée erronée de cette maladie en se l'imaginant comme étant toujours une dermatose déformante et ulcérative.

Au contraire, la lèpre purement nerveuse, avec ses *troubles paralytiques*, *trophiques*, *mutilants*, rappelle certains syndrômes

cliniques avec lesquels elle peut être facilement confondue et l'a été, tels sont : la syringomyélie, l'atrophie progressive type Aran-Duchêne, la Maladie de Morvan (panaris anesthésiques), la Maladie de Raynaud (asphyxie locale symétrique des extrémités). Cela vous fait entrevoir l'intérêt qu'offre l'étude clinique de la lèpre à forme nerveuse. Zambaco-Pacha, savant léprologue de Constantinople, est même d'avis, après des recherches très savantes et sagaces, que les syndrômes énumérés plus haut, ne sont pas autre chose que la lèpre dégénérée ou frustre. Il est certain que le bacille de Hansen a été trouvé dans la moëlle où il avait produit des cavités péri-ependymaires semblables à celles de la syringomyélie. Il serait fort intéressant de vous synthétiser ces conceptions qui semblent dériver d'un sens clinique presque génial, mais cela dépasserait le cadre obligé de cette communication.

Pour compléter le portrait de la lèpre nerveuse ajoutons que, de même que la lèpre tuberculeuse a son facies propre, appelé léonin, elle a aussi le sien et tout différent de l'autre. Dans la variété tuberculeuse l'évolution marche vers l'hypertrophie, dans la variété nerveuse, au contraire, vers l'atrophie. La paralysie faciale effaçant les plis et sillons naturels immobilisant les orbiculaires des yeux et des lèvres, affaissant masque musculaire facial, compose un facies spécial, atone et figé, d'où le nom de *faciès marmoréen* ou encore *antonin*. Comme ressemblance objective les deux variétés de lèpre sont donc aux antipodes.

(c) *Lèpre mixte*

Nous venons de voir deux variétés cliniques bien différenciées. Eh bien, les éléments pathologiques des deux variétés peuvent coexister et se mêler en des proportions très variables. C'est ce mélange qui constitue la lèpre mixte, c'est-à-dire que

des symptômes de tuberculisation tégumentaire s'ajoutent à ceux de la névrite.

Maintenant, messieurs, que vous connaissez les diverses modalités cliniques de la lèpre, vous saisirez mieux le syndrôme qu'offrent nos deux malades et la valeur des conclusions que j'en tirerai.

Observation I.—Ce garçon, Joseph Saad, fils, est Syrien. Il a 18 ans et est arrivé dans le pays à la fin de décembre 1899. Il n'avait aucun symptôme cutané à son arrivée, dit-il, mais il se rappelle avoir eu de la fièvre, de la courbature, de légers saignements de nez, de l'encroûtement obstiné de la muqueuse nasale gauche, de la céphalalgie. Ces symptômes n'ont rien de précis, ce ne sont que des prodromes. Il continuait ainsi à être mal en train lorsqu'un jour d'avril 1900, il s'aperçut que sa joue gauche était pendante, flasque et insensible. Elle fut, une quinzaine de jours après, le siège d'une enflure œdémateuse assez ferme et résistante. Il entra alors à l'Hôpital-Général où il demeura quatre semaines environ. Le père de l'enfant affirme que celui-ci avait alors des taches sur les mains, sur les bras et sur les jambes, des épitaxis, de la courbature, des douleurs articulaires, du prurit. Pendant son séjour à l'hôpital, il dut avoir la fièvre, car il se rappelle qu'on consignait sa température sur une carte à la tête de son lit. Le père affirme en outre que son fils quitta l'hôpital sans savoir quelle était la nature de sa maladie. Le Dr. O. Mercier, qu'il alla consulter ensuite, me l'adressa. Outre les symptôme que je vous ai énumérés, je relevai d'autres détails. Ainsi la face était encerclée d'un anneau rouge, légèrement desquamant, à limites bien prononcées passant au-dessus des arcades sourcillières et des tempes, débordant sur les lobules des oreilles et se terminant sous le maxillaire. Il y avait encore

d'autres taches sur les joues, parmi lesquelles une surtout, située à la commissure labiale droite, était intéressante parce qu'elle était lisse, achromique, couleur chamois. Ce mélange de macules rouges et blanches, donnant un aspect bigarré à la peau, aurait passé inaperçu, mais il attira pourtant mon attention. L'encroûtement noirâtre sanguinolant de la fosse nasale gauche avait son importance, car le coryza lépreux est parfois un symptôme inaugural. Le système pileux était frappé de dystrophie à quelques endroits ; ainsi les poils des sourcils étaient raréfiés et disparus complètement sur la plaque achromique de la commissure labiale. Le cuir chevelu, comme cela est la règle, ne présentait rien d'anormal. La conjonctive gauche était le siège d'une petite tache opaque. La paralysie de la joue gauche s'accusait bien par la déviation de la commissure labiale et l'ectropion de la paupière. L'anesthésie de la paupière était complète du côté de la muqueuse comme du côté cutané. L'examen du tronc me révéla des taches anesthésiques d'une couleur rouge sombre sur les épaules, les fesses, les extrémités supérieures et inférieures. Quelques-unes de ces taches étaient hyperchromiques et achromiques à la fois. L'infiltration œdémateuse était très prononcée au bras gauche, les nerfs cubitaux étaient volumineux, surtout le droit. Les ganglions de l'aisselle étaient hypertrophiés, ceux de l'aine douteux. L'atrophie de l'éminence thénar était réalisée. Les extenseurs, étant affaiblis, cédaient et laissaient se constituer la main en griffe. L'anesthésie et l'hyperesthésie par îlots complétaient le tableau irrécusable de lèpre systématisée nerveuse. Tous ces symptômes ont été corroborés par les médecins de la Société médicale de Montréal devant laquelle j'ai présenté ce malade.

Traitement.—La sérumthérapie de la lèpre n'est pas encore trouvée. Les essais qui ont été faits dans ce sens sont peut être encourageants mais demandent encore la confirmation de tous les savants et la sanction du temps. En attendant, devant un cas de lèpre, nous sommes forcés, par acquit de conscience, de faire quelque chose et d'appliquer un traitement empirique. L'huile de gynocardie (chaulmoogra) a donné à quelques léprologues des résultats souvent manifestement bons. Faute de mieux, j'ai donné à ce malade 90 gouttes d'huile de gynocardie ou chaulmoogra. Dans l'espace de deux mois à peine, il s'est produit une amélioration très manifeste sur l'ensemble de la maladie ; ainsi, la fièvre disparut et avec elle la courbature, l'appétit revint, l'état général s'améliora, les taches pâlirent et s'effacèrent, les oedèmes et infiltrations disparurent, le bras reprit son volume normal, il s'opéra un réveil de la sensibilité là où elle avait été diminuée ou abolie, enfin ce garçon récupéra la santé si bien que, depuis ce temps-là c'est-à-dire depuis un an et demi, il a travaillé rudement et sans défaillance.

Sans doute, je n'ignore pas que la lèpre peut avoir, comme la syphilis et la tuberculose, une période d'accalmie et de rémission. Mais dans ce cas-ci tout porte à croire qu'il ne s'agit ni de l'une ni de l'autre : d'abord une accalmie n'est qu'une sédation et non une disparition des symptômes ; une rémission, se faisant ainsi brusquement au moment où la maladie bat son plein, a lieu de nous étonner plutôt. On ne saurait invoquer non plus la bénignité de la maladie car elle était vraiment ici très acentuée et très étendue. Il me semble donc rationnel de mettre ce résultat rapide et constant au crédit de la médication. Loin de moi la pensée de vouloir accorder une action spécifique au médicament, je n'ai voulu, tout au plus, qu'ajouter un fait de plus à son crédit.

IV. — CURABILITÉ DE LA LÈPRE

Le résultat obtenu chez ce garçon, qu'il soit imputable au traitement ou à un arrêt naturel de la maladie, pose la question de la curabilité de la lèpre. L'opinion la plus répandue parmi les médecins qui traitent les lépreux, c'est que la lèpre est incurable. Il serait facile de prouver que cette opinion est exagérée et ne répond qu'à la majorité des faits observés empiriquement et non à l'exacte vérité scientifique. J'admets bien que la plupart des lépreux enfermés à vie dans les lazarets ne guérissent pas, mais l'explication de ce fait brut est facile à donner: c'est qu'ils sont presque tous des indigents, des miséreux qui perpétuent au lazaret les mêmes conditions de vie antérieures, conditions de misère, de malpropreté, de promiscuité, d'absence de soins hygiénique corporels, qui entretiennent, communiquent et exhaltent la maladie. Les cas qui sont favorisés d'une rémission complète se confondant avec la guérison, comme dans notre observation, ne sont-ils pas exposés à subir une nouvelle infection en demeurant ainsi dans un milieu baigné de bacilles ? Ne devrait-on pas au moins séparer ces cas des autres et les rendre à la société lorsque l'épreuve du temps nous a convaincus qu'ils sont guéris et non susceptibles de communiquer la maladie ?

Par guérison il ne faut pas entendre que les lésions scléreuses ou atrophiques disparaissent car elles ne sont pas la maladie elle-même mais seulement ses conséquences indélébiles.

On n'attend pas chez les varioleux que leurs cicatrices soient effacés, ou chez les tuberculeux non bacillaires et guéris que les cicatrices des anciennes lésions soient disparues, pour leur permettre la vie sociale. Non, par guérison, et la vraie guérison, il faut entendre un arrêt complet, définitif dans l'évolution de la maladie, un épuisement, une extinction finale de la

germination bacillaire. Or, il est certain que cette guérison a lieu dans quelques cas et surtout chez ceux qui sont placés dans les meilleures conditions hygiéniques et plutôt dans la variété nerveuse où le nombre des bacilles est plus restreint et le terrain moins fertile. L'histoire nous démontre que le bacille de la lèpre ne se développe pas dans les milieux assainis par notre code sanitaire moderne, dans les populations qui pratiquent les préceptes de l'hygiène. Eh bien, les pouvoirs publics songent-ils que les lazarets où ils séquestrent les malheureux lépreux sont plutôt des prisons que des hôpitaux ? Songent-ils qu'il y a une criante injustice à ne pas rendre à leur famille et à la société ceux qui ont purgé leur maladie et sont guéris ? Voilà des questions auxquelles on ne s'est pas assez intéressé et qui éveilleront l'attention, dans un avenir rapproché, je l'espère.

OBSERVATION II.—M. Alex Saad, père du sujet de la première observation que vous venez d'entendre, est arrivé au Canada en 1893, il y a par conséquent 9 ans. Il n'a eu depuis son arrivée aucun symptôme de lèpre. J'ai vu cet homme maintes et maintes fois depuis que je traite son fils, et je puis affirmer qu'il ne présentait aucun symptôme ni prodrôme de lèpre. Je l'ai bien prévenu de la nature contagieuse de la maladie de son fils et je l'ai instruit de toutes les précautions prophylactiques qu'il devait prendre pour lui et sa famille. Le fils étant arrivé en 1899, le contact entre le fils et le père existait donc depuis deux ans. Depuis une dizaine de mois ce malade éprouve de l'engourdissement et de l'enflure de l'annulaire et du petit doigt de la main droite. Je constatai un peu de rougeur sombre et de l'anesthésie. Je pensai naturellement à la lèpre à cause de son fils, mais aussi à la possibilité de l'hystérie. Un traumatisme antérieur, causé par l'introduction d'une alène dans le doigt annulaire pendant qu'il exerçait antérieurement son métier de cordonnier, aurait pu léser le nerf et produire des trou-

bles de la sensibilité et de la nutrition de cette région. Enfin, son métier récent de colporteur le forçant à porter durant longtemps des poids considérables, exerçant une pression forte et continue sur ses doigts, pourrait expliquer dans une certaine mesure l'engourdissement et la fissure. Mais je ne tardai pas, en suivant attentivement l'évolution de ces symptômes, d'être édifié sur leur vraie signification ; vite, je fus convaincu qu'il s'agissait d'une manifestation de lèpre nerveuse, car en quelques semaines l'*anesthésie* s'étendit : des *taches érythémateuses anesthésiques*, d'une couleur rouge-sombre et à bords saillants sont apparues, l'*atrophie de l'éminence thénar* s'est accusée, le *nerf cubital devint volumineux et douloureux*, les extenseurs s'affaiblirent, la *main en griffe* se dessina, l'avant-bras s'infiltra, des ganglions superficiels et profonds s'hypertrophièrent. Depuis le temps où cette observation a été communiquée à la société Médicale de Montréal, deux symptômes sont apparus, deux bulles de pemphigus, l'une à l'extrémité interne du petit doigt, l'autre à l'annulaire, et un léprôme au centre de la main.

Il y avait là un syndrome bien évident de lèpre nerveuse. Et de qui venait cette lèpre sinon du fils? En effet, si on se rappelle que cet homme est au Canada depuis neuf ans, qu'au moment où il a quitté sa femme et son enfant, pour venir tenter fortune ici, ni l'un ni l'autre n'étaient encore malades, que pendant ces neuf années, qu'il a passées ici, il n'a pas eu la moindre manifestation lépreuse, qu'il n'a commencé à manifester des symptômes de lèpre qu'après un contact intime et journalier, pendant quelques mois, avec son fils, on est facilement convaincu qu'il s'agit d'un cas de contagion.

La lèpre est expliquée de deux façons : par hérédité et par contagion. Avant la connaissance du bacille, l'hérédité se chargeait d'expliquer tous les cas, mais aujourd'hui, sans enlever

toute participation étiologique à l'hérédité, la contagion est prouvée et explique mieux la généralité des cas. Cependant, si presque tous les léprologues s'accordent à reconnaître la contagiosité de la forme tuberculeuse, parce que ses lésions superficielles et ouvertes déversent les bacilles au dehors, un grand nombre considèrent la variété nerveuse comme non contagieuse par le fait que le bacille ne vit pas à la surface et se faufile au contraire dans les gaînes nerveuses. Eh bien, le fait que je viens de rapporter donne un démenti à cette croyance et démontre la possibilité de la contagion de la lèpre même nerveuse. Il ne peut y avoir d'observation plus nette et plus probante, car la contagion est prise ici en flagrant délit et de la façon la plus précise. Il parait difficile d'expliquer le mécanisme de la contagion quand on voit que dans les cas de lèpre nerveuse les bacilles se trouvent profondément situés. Mais, puisque contagion il y a, il faut admettre que quelques rares bacilles viennent à la superficie, véhiculés par les sécrétions, probablement. J'ai cherché le bacille, chez le fils, dans la sécrétion nasale, dans la sérosité provoquée par un vésicatoire, dans des parcelles de peau, et chez le père. dans des coupes de ganglions. mais sans succès. Il est certain qu'il existe dans les troncs nerveux, mais il n'est pas humain d'imposer des mutilations aussi considérables pour notre seule satisfaction personnelle. Est-ce à dire que l'insuccès dans la recherche du bacille doive nous faire douter du diagnostic ? Non, messieurs, pas plus qu'on doute du diagnostic de tuberculose à cause de l'absence du bacille dans l'expectoration quand le syndrôme clinique est probant, ou de la pneumonie en l'absence du pneumocoque, ou de la variole par ce que l'on n'en connaît pas encore l'agent infectieux et ainsi de tant d'autres maladies dont l'agent causal est difficile ou impossible à trouve. Presque toujours notre diagnostic est appuyé plutôt sur les effets que sur la cause nous voyons toujours les effets et nous

ignorons hélas ! trop souvent la cause. Non, messieurs, le syndrôme lépreux n'est pas équivoque quand on l'analyse bien et qu'on n'oublie aucun de ses éléments. Le diagnostic de la lèpre a été fait sûrement des siècles avant la connaissance du bacille.

V.—Diagnostic

Il n'y a que la lèpre qui compose la *triade pathognomonique* déjà formulée : *érythématose*, *dyschromie*, *dysesthésie*.

Quelques dermatoses peuvent avoir des points de ressemblance avec la lèpre dans sa variété tégumentaire, ainsi : la *syphilis*, avec ses taches pigmentées, ses érythèmes circinés ou desquamants, ses néoplasies tuberculeuses appelées syphilômes, ses ulcères ; le *pityriasis versicolor* avec son érythème furfuracé et ses taches couleur de café au lait : la *tuberculose cutanée* avec ses lupômes : la *tricophytie* cutanée avec son érythème circiné et à bords saillants ; le *psoriasis* circiné ou gyraté ; l'*eczéma marginé* ou *circiné*, *érythrasma*, *morphée* ou *sclérodermie* en plaques ; le *vitiligo*, le *mycosis fongoïde*, etc., etc. .

Mais toutes ces dermatoses ne sauraient nous en imposer par leur ressemblance purement objective si on ne néglige pas d'interroger les variations et les troubles de la sensibilité, qui ne se rencontrent pas dans ces dermatoses et appartiennent en propre à la lèpre.

Dans le domaine de la pathologie nerveuse les sources d'erreur sont plus grandes, car, nous le savons, la lèpre nerveuse, selon les points des centres nerveux attaqués ou désorganisés par le bacille, peut composer des syndromes qui ressemblent à ceux de la *syringomiélie*, de la *scléro-dactylie* de la *maladie de Morvan*, de la maladie de Raynaud, de l'*atropie musculaire progressive d'Aran-Duchène*, de la *morphée*, de la *sclérodermie*, de l'*ataxie locomotrice*.

Il serait superflu d'entrer dans tous les détails de ces diagnostics différentiels. Pour ce qui regarde mes deux observations, le seul fait d'une contagion de l'un à l'autre exclut toute maladie systématisée du système nerveux.

VI.—Hérédité — Contagion

Prophylaxie.—La prophylaxie se règle sur la nature contagieuse et sur le mode de contage de la maladie. La liberté humaine est naturellement jalouse de ses droits, elle ne fait de sacrifices que devant des nécessisés absolues et impératives. Donc, avant d'imposer une loi au nom de l'hygiène, il faut s'assurer si cette loi repose sur des données scientifiques.

Quel est le mode de transmission de la lèpre ? Quelles sont les conditions favorables à sa transmission ? Voilà, messieurs, deux questions qui doivent être étudiées à la lumière de la science avant d'édicter des lois contre la lèpre et avant d'en régler le mode d'application. J'ai déjà dit, messieurs, que la transmission peut se faire par deux voies : par l'hérédité et par la contagion. Lequel de ces deux facteurs de transmission est le plus fréquent ? Question importante, car si l'hérédité se retrouve dans la majorité ou même dans la moitié des cas, il y aurait lieu d'adoucir l'absolutisme et l'injustice d'une loi coercitive faite au nom de la contagion. Cette grave et importante question demande à être examinée sérieusement, car de sa solution dépend l'opportunité et la justice de l'application des lois sanitaires contre la lèpre. Jusqu'en 1771, époque de la découverte du bacille de Hansen, il était naturel d'ignorer la contagiosité de la lèpre et d'en expliquer sa transmission par la seule hérédité. Il ne suffit pas de découvrir l'agent microbien d'une maladie pour déplacer tout de suite l'opinion générale au sujet de son étiologie, il faut prouver que ce microbe est bien la cause de la maladie et que c'est son passage d'un

individu à un autre qui cause la propagation. Or, quand on considère qu'il n'y a que 30 ans que ce bacille est découvert, qu'il n'a pas encore livré tous ses secrets, que les inoculations ont été impossibles chez les animaux et très difficiles chez l'homme car la contagion est très lente et capricieuse, au point qu'il y a une foule de cas négatifs, il n'est pas étonnant que la théorie de la contagion n'ait pas encore réussi à rallier tous les suffrages. Cependant elle gagne du terrain et fait des adhérents chaque jour parmi les léprologues anticontagionnistes les plus ancrés dans la tradition, qui est une des forme de l'esclavage de l'esprit. Ceux qui plaident en faveur de l'hérédité invoquent des faits positifs de transmission héréditaire et d'innombrables faits négatifs contre la contagion ; ils tirent encore des arguments en leur faveur de la non contagion conjugale, du retard considérable dans l'apparition de la lèpre après contact répété, de son respect pour l'enfance, proie si facile pourtant aux agents contagieux, de l'absence de contagion apparente dans certains milieux.

Messieurs, à tous ces arguments, il y a une réponse satisfaisante sinon péremptoire.

D'abord, les faits de transmission par hérédité sont admis même par les contagionnistes. En voici des exemples irrécusables. M. Gaucher, rapporte dans son *Traité de Dermatologie* p. 460, le cas d'un enfant d'une dizaine d'années, interné à l'hôpital St-Louis, pour lèpre. Le père et la mère étaient français, nés en France, tout à fait indemnes de lèpre. L'enfant était né dans les colonies. Les frères étaient sains. On crut naturellement à la contagion. Mais une enquête sérieuse arracha à la mère l'aveu que ce fils malade n'était pas le fils du père actuel, mais le fils d'un officier de couleur lépreux dont elle avait été la maîtresse." Ce cas qu'on croyait dû à la contagion prouve une transmission héréditaire. L'on sait que le bacille peut être vé-

hiculé par le spermatozoïde, l'ovule et le sang (Babès) ; cela explique la transmission par hérédité. Autre exemple : une mère lépreuse, ne pouvant allaiter son enfant et étant trop pauvre pour payer une nourrice, envoie son enfant à des étrangers non lépreux, qui adoptent l'enfant. Celui-ci devient lépreux à l'âge de 37 ans. Cette longue incubation vous surprend peut-être, mais s'explique par le microbisme latent.

Plusieurs faits prouvent cette aptitude du bacille de la lèpre en particulier à demeurer à l'état latent, dans une espèce de léthargie dont il ne se réveille que sous l'impulsion de circonstances favorables. Quelles sont ces conditions favorables ? Voilà ce que nous ignorons, l'étude du bacille n'étant encore qu'ébauchée.

Quant au fait avéré que plusieurs des femmes mariées à des lépreux ne contractent pas la maladie, cela s'explique, dit M. Besnier, par l'immunisation conceptionnelle, comparable à celle qui se réalise dans la syphilis. C'est là un fait connu. D'ailleurs, il peut exister pour la lèpre comme pour les autres maladies infectieuses une immunité personnelle relative qui protégerait ces femmes, mariées à des lépreux.

Si l'enfant est généralement épargné par la lèpre, si celle-ci semble le guetter de préférence au moment où il entre dans l'adolescence, c'est que probablement l'enfance offre des plasmas et des tissus dont les qualités bio-chimiques contrarient la culture du bacille de Hansen. Cela se voit pour d'autres microbes, comme on voit aussi, contrairement, certains microbes avoir une prédilection pour l'enfance, par exemple le bacille de la diphtérie. Ou encore cette immunité infantile peut s'expliquer par l'immunisation conceptionnelle, immunisation plus ou moins longue, dont on ne connait pas encore les limites.

Enfin, ce qui contribue pour la plus large part à ancrer dans l'esprit de certains léprologues la conception exclusivement hé-

réditaire de la lèpre, ce sont *les faits négatifs.* Ainsi, il est dûment constaté que de nombreux cas de lèpre ne contagionnent pas l'entourage, même après plusieurs années de contact. Par exemple, les 160 ou 200 lépreux qui vivent à Paris, dont une trentaine à l'hôpital St-Louis, n'auraint jamais communiqué la maladie. Cette absence de contagion apparente s'explique très bien par le fait que ces malades, bien que vivant ensemble, prennent les précautions qu'impose la discipline de l'hôpital aux uns et les soins minutieux qu'impose aux autres notre code hygiénique des pays civilisés. C'est un fait constant que le lépreux gagne toujours à vivre au milieu des raffinements de notre civilisation occidentale. Il n'y a pas là de quoi s'étonner, ne voyons-nous pas nous-mêmes la confirmation de ce fait que les maladies contagieuses sévissent de préférence dans certaines classes de notre société, dans certains quartiers de nos villes où les soucis des soins hygiéniques et prophylactiques sont moindres ou nuls ? M. Zambaco-Pacha, de Constantinople, prétend que, dans cette ville, il y au delà de 200 lépreux libres qui occupent même des emplois publics et sont par conséquent en contact journalier avec toute la population, et, dit-il, on ne remarque pas qu'ils sèment la contagion. "Cela peut être vrai, réplique M. Besnier, dans ce point restreint du globe terrestre, mais comme j'ai vu la contagion à Paris, la contagion existe.

Il ne faut pas, ajoute-t-il, tirer des conclusions ultimes de *faits particuliers* mais interroger *les faits universels.* L'explication de la discordance de ces faits, c'est que la contagion, pour se faire, a besoin de certaines conditions nécessaires et inconnues, existant ici et manquant là." En effet, une maladie contagieuse l'est *généralement* mais ne l'est pas toujours *nécessairement* et *inévitablement ;* il suffit qu'elle le soit dans certaines circonstances ou conditions. On ne saurait refuser d'admettre la contagiosité d'une maladie simplement parce que l'on ignore

les conditions de cette contagiosité. Par exemple, on ne connait pas encore l'agent contagieux de la syphilis, pourtant on ne nie pas sa contagiosité. Un seul cas positif dans l'espèce vaut mille cas négatifs. Les faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne peuvent infirmer les faits positifs. Or, l'histoire de la lèpre abonde de faits positifs qui prouvent que la dissémination de la maladie, la création de foyers lépreux, ont été causées par la présence d'un seul malade arrivant au milieu d'individus sains ; ils prouvent encore qu'un individu sain, sans aucune tare héréditaire, a pris la maladie à la suite d'un séjour au milieu de malades lépreux.

Donnons quelques exemples où la contagion s'accuse avec une précision mathématique.

M. Besnier cite, entre autres, le cas d'un homme, non issu de lépreux qui, parti de Paris absolument sain, revint apparemment sain après 12 années passées en pays lépreux, mais manifesta des symptômes de lèpre 10 ans après son retour. Ce cas prouve, outre la contagiosité, la longue incubation de la maladie. Le docteur Hawtrey Benson montra, en 1872, à la Société Médicale de Dublin, un irlandais ayant contracté la lèpre aux Indes. Un de ses frères, ayant couché dans son lit et porté ses habits, devint lépreux et fut présenté à la même Société Médicale de Dublin. Le Dr Olaya Laverde (de Socorro) rapporte au Congrès de Berlin 1897 le fait non équivoque suivant : un habitant d'un village, tout à fait indemne de lèpre, s'en alla passer quelques années dans un village contaminé ; il devint lépreux. Il revint dans son village et y créa un foyer de lèpre. Trois autres villages contigus furent également contaminés par le contact de leurs habitants. Le docteur Mitaftsis, d'Athènes, cite (Congrès de Berlin) un cas curieux : une femme, vivant dans un village où la lèpre était absolument inconnue, devint lépreuse spontanément, soit par hérédité, sait par une longue

incubation ; elle communiqua la maladie à son mari et à deux de ses enfants.

Le docteur Zuriaga (Espagne) cite, au Congrès de Berlin, le fait suivant : Un lépreux, étant venu s'établir dans un village de la province de Provence, dans lequel il n'y avait pas de lèpre, contagionna un compagnon de travail, puis un deuxième, puis un troisième. Ceux-ci, à leur tour, répandirent la maladie de telle façon que ce village, indemne jusque-là, devint un foyer de lèpre qui atteignit les villages voisins (1888). Dois-je rappeler les 150 cas de lèpre chez les Acadiens, provenant tous de la contagion apportée par une lépreuse de St-Malo ? Puis l'importation de la lèpre en France par les Croisés ? Puis les cas nombreux de religieux et religieuses missionnaires qui ont contracté la lèpre en soignant des lépreux ? Enfin, les centaines de cas de marins et soldats qui, partis sains de France, reviennent lépreux après un séjour dans les colonies où la lèpre est endémique, telles que : l'Algérie, le Maroc, Madagascar, les Antilles, la Guyane Française, le Tonkin, les Indes Françaises ? En constatant la création de foyers lépreux dans les régions jusque là indemnes, après l'arrivée d'immigrants lépreux ; en voyant la lèpre croître et décroître selon qu'on abandonne ou qu'on reprend l'isolement ; après avoir, enfin, reconnu la nature bactérienne de la maladie, il est impossible de ne pas revenir à la notion de la transmissibilité de la lèpre par le lépreux, et c'est, aujourd'hui, aux pays scandinaves même que l'on trouve les partisans les plus convaincus et les plus ardents de la contagiosité de la lèpre." (Besnier).

L'histoire de la propagation de la lèpre est la même que celle de la tuberculose : tant qu'on n'eut pas trouvé la cause spécifique de ces maladies, on a cru à la seule transmission héréditaire. Mais celle-ci n'était qu'un trompe-l'œil, car si les enfants continuent les traditions morbides de leurs parents.

c'est parce qu'ils vivent dans une atmosphère saturée de germes pathogènes dont ils sont atteints tôt ou tard. "La lèpre, dit M. Besnier, vient du lépreux, non d'ailleurs, et là où il n'y a pas de lépreux on ne prend pas la lèpre : c'est avec les hommes que la lèpre se déplace, ce sont leurs mouvements qui règlent sa marche depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'heure présente on en suit les étapes, et on en peut tracer sur le globe la carte authentique. Immédiate ou médiate, du lépreux à l'homme sain, la transmission du bacille est univoque : elle est toujours d'ordre contagieux ; mais comme elle peut se réaliser avant ou après la naissance, le thème se divise de lui-même en deux segments ; lèpre acquise avant la naissance, hérédro-lèpre ; lèpre acquise après la naissance, lèpre acquise, lèpre commune."

Vous le voyez, messieurs, après cette discussion, la contagiosité de la lèpre doit être mise hors de doute. Pour vraie qu'elle soit, l'hérédité, comme facteur de transmissibilité et de dissémination ne peut être comparée à la contagion qui explique infiniment mieux la multiplication des foyers de lèpre sur le globe terrestre, car on l'a vu, les climats, les races et les hommes sont égaux devant elle.

VII.—Mesures sanitaires prophylactiques

Si donc la lèpre est contagieuse, et si la contagion est le facteur le plus important de transmission, il y a lieu de se défendre contre elle par des mesures de prophylaxie. Mais ces mesures, quelles sont-elles ? car de même qu'il y a des dégrés dans la contagiosité des maladies transmissibles, de même il y a des degrés dans la sévérité des lois sanitaires édictées pour nous protéger contre elles. Le code sanitaire n'a pas une égale sévérité pour toutes les maladies contagieuses et n'édicte pas

des lois, invariablement les mêmes contre toutes, pour la bonne raison que chacune d'elles a son mode spécial de contagion.

Or, quelles sont les notions incontestables qui doivent déterminer les mesures prophylactiques contre la lèpre ? Ecoutons M. Besnier : "Ce sont les mêmes conditions de promiscuité misérables que l'on retrouve partout où existent les foyers permanents : aux Indes, en Chine, au Japon, etc., où beaucoup d'auteurs, en particulier le regretté Leloir, ont montré, jusqu'à la surabondance, la manière dont se forment les foyer lépreux dans tous les points où l'hygiène fait absolument défaut." — Dans les pays depuis longtemps constitués, à civilisation avancée ou complète, n'ayant ni castes ni races fermées, dans lesquels il y a une hygiène et une police médicale, les extinctions s'établissent régulièrement et avec rapidité. Le lépreux n'y forme plus que très exceptionnellement foyer, et foyer limité ; la maladie y reste stérile, ne s'étend pas au dehors des contacts immédiats ; la contagiosité s'y efface au point de devenir nulle et exceptionnelle, et ces mesures de simple police médicale suffiraient amplement à en arrêter l'expansion si, par impossible, celle-ci se manifestait." Messieurs, ces réflexions venant de M. Besnier, l'une des plus grandes autorités de l'Europe, peuvent servir de base à la prophylaxie contre la lèpre.

Il suffit pour se convaincre de la justesse des paroles que M. Besnier a prononcées au Congrès de la lèpre, à Berlin, en 1897, de jeter les yeux sur la carte géographique de la lèpre, et l'on constate que celle-ci a pris racine et s'est développée presqu'exclusivement chez les peuples qui vivent dans les conditions matérielles les plus défectueuses. Aussi, un fait historique très éloquent et rempli d'enseignements, c'est la disparition de la lèpre de certains pays sous les harcèlements de la civilisation et de l'hygiène.

Il faut donc, messieurs, lorsqu'il s'agit de formuler des lois

contre la lèpre, tenir compte de ces faits et faire une grande différence entre les mesures à prendre contre la maladie à l'état endémique et les cas sporadiques des pays civilisés pratiquant l'hygiène individuelle et sociale. Il est évident que ces lois ne doivent pas avoir une uniformité absolue dans tous les lieux et dans toutes les circonstances. Toute mesure coercitive dans les pays civilisés, qui se montrent stériles au bacille lépreux, serait une injustice, car le lépreux dans ces circonstances est moins dangereux que le tuberculeux ou même le syphilitique qui sèment autour d'eux, en toute liberté, une contagion plus facile et plus désastreuse. Comme les lépreux ne sont pas dangereux au même degré, il serait injuste et inhumain de les enfermer tous dans un lazaret qui est un tombeau anticipé. Il faut encore ne pas oublier que le lépreux peut guérir et qu'il serait criminel de l'exposer, en l'obligeant à demeurer au contact des malades, à se réinfecter, et à être privé du bonheur d'être réintégré dans sa famille et la société.

Que devions-nous donc faire, messieurs, pour ces deux malades ? Au mot lèpre tout le monde recule d'horreur et de peur tant il existe parmi nous une crainte légendaire. Mais, si l'ignorance et la légende ont exagéré le danger lépreux, c'est à nous médecins de faire connaître la vérité en nous inspirant des notions acquises sur le caractère si peu malicieux du bacille de la lèpre, sur les conditions de son développement, conditions qui ne se trouvent pas réalisées parmi nous. Mais il faut d'un autre côté suivre ces cas de l'œil afin d'empêcher la formation d'un foyer lépreux dans cette population d'immigrants qui, à cause de ses traditions et de ses habitudes orientales, réalise plus spécialement un état de réceptivité. Ces gens vivent en colonie séparée, n'ayant pas avec les nôtres ce contact intime, prolongé et journalier qui est une des conditions de transmission. Du reste, sauf quelques rares exceptions, notre

population indigène a souci des soins hygiéniques qui protègent contre la maladie. Voici les paroles que M. Thivierge, dermatologiste de Paris, a prononcées au Congrès de Berlin en 1897, et qui nous éclairent sur la conduite que nous devons tenir en pareille circonstance : "Là, dit-il, où la lèpre est endémique, depuis longtemps établie, et atteint du fait de contagions successives *in situ*, des proportions notables, il y a place pour des mesures énergiques et une législation rigoureuse, qui serait injustifiables dans les pays où la maladie est restée rare, où les cas observés sont tous ou presque tous des cas d'importation, demeurés stériles au point de la transmission. En certains pays, malgré que le nombre des lépreux d'importation ait crû dans des proportions considérables, la lèpre autochthone est demeurée inconnue, ou tellement rare qu'elle ne saurait être considérée comme un danger." Voici comment M. Thivierge termine ses considérations sur la prophylaxie de la lèpre dans les pays où elle n'est pas endémique : "En résumé, dit il, la prophylaxie de la lèpre, dans les pays où cette maladie n'a pas tendance à se propager activement, pourrait se baser sur les moyens suivants : 1° Examen médical minutieux de tous les militaires, marins, fonctionnaires du service colonial et pénitentiaire rentrant dans la métropole après un séjour dans les pays où règne la lèpre ; 2° signalement par les autorités militaires, navales, coloniales et pénitentiaires des sujets reconnus lépreux et surveillance de ces sujets ; 3° Mise en traitement dans les services hospitaliers des lépreux auxquels leurs ressources ne permettent pas de recevoir à domicile les soins nécessaires ; 4° Facilités données à tous les lépreux pour la désinfection de leurs vêtements."

Comme vous le voyez, messieurs, M. Thivierge admet que les lépreux puissent être soignés à domicile et n'admet pas de loi coercitive, du moins dans les pays où la lèpre n'est pas endémique. M. Besnier est également du même avis, et il suggère,

entre autres moyens, d'améliorer le sort des lépreux, les traiter individuellement ; isoler et hospitaliser ceux qui peuvent être infectants toutes les fois que cela sera exécutable ; exiger chez les lépreux ambulants la désinfection et le pansement de tous les foyers bacillaires, l'oblitération de toutes les solutions de continuité, la désinfection des pièces de pansement, linge et vêtements ; surveillance médicale et inscription administrative ; éclairer sans relâche les intéressés sur les mesures de préservation ; instructions populaires relatives aux ablutions, aux soins de propreté et de préservation dont l'importance est de premier ordre dans les pays lépreux ; notions élémentaires de cette hygiène spéciale enseignée dans toutes les écoles. Jamais les mesures à prendre ne peuvent être édictées uniformes, absolues, générales, permanentes, toujours elles doivent être réglées selon les conditions particulières à la région, à l'état social, au coefficient actuel de virulence, c'est-à-dire de contagiosité, selon qu'il y a, ou non, foyer lépreux proprement dit, en un mot selon l'état des lieux, des choses et des hommes. Partout les mesures nécessaires, sous la haute et positive direction du médecin compétent désigné par les gouvernements ou les municipalités, doivent être réalisées sans faillir aux principes de la liberté humaine et de la charité."

M. Broes von Dort, de Rotterdam, arrive aussi à la conclusion que le séjour dans la léproserie doit être volontaire, qu'il ne doit être forcé que dans quelques cas exceptionnels, par exemple pour ceux qui sont sans nourriture, sans demeure et qui parcourent en mendiant les villes et les campagnes. Dans ce dernier cas, l'isolement forcé est utile et indispensable au point de vue humanitaire et social.

Le gouvernement fédéral du Canada a construit et entretient une léproserie à Tracadie, Nouveau-Brunswick, mais il n'a édicté aucune loi coercitive et les lépreux qui, actuelle-

ment, sont au nombre d'une vingtaine environ, y sont volontairement.

Aux Etats-Unis, il existe une loi générale depuis 1894 qui oblige le navire qui amène le lépreux à le ramener dans son pays. Je crois, messieurs, que cette loi est sage, et notre gouvernement devrait en promulguer une semblable. Quant aux cas de lèpre qui éclosent dans le pays il faut les traiter selon les principes émis par MM. Besnier, Thivierge et Broes von Dort.

Voici du reste les conclusions générales du Congrès de la lèpre tenu à Berlin en 1897 :

La prophylaxie doit être faite dans les conditions suivantes 1° Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend de l'extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie ; 2° la déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement doivent être recommandés ; 3° il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays (page 193).

Les mesures coercitives ne sont recommandées que lorsque la lèpre prend de l'extension et semble vouloir former foyer. Or, cela est moins que probable dans notre pays. Nous devons être parfaitement rassurés par l'histoire des foyers de lèpre d'importation aux Etats-Unis, foyers qui n'ont pas rayonné au milieu de la population indigène grâce à des conditions de vie totalement différentes.

Messieurs, je vous demande pardon d'avoir été un peu long, mais je m'en excuse sur l'importance du sujet que j'avais à traiter. Je me suis cru justifié, à cause de la nouveauté d'un pareil sujet au milieu de nous, de vous familiariser avec la maladie avant de la décrire chez mes deux malades.

Puis il fallait détailler très minutieusement mes deux observations pour justifier les conclusions un peu extraordinaires que j'en tirais. Enfin, la question de prophylaxie s'imposait et pour proposer une règle de prophylaxie, il fallait bien discuter la grande et intéressante question qui a été débattue entre les contagionnistes et les anticontagionnistes, et faire connaître, pour orienter nos autorités sanitaires locales, prises un peu au dépourvu par ces cas insolites, les conclusions d'un congrès exclusivement consacré à l'étude de la lèpre où les plus grandes autorités en léprologie se sont rencontrées et se sont fait entendre.

——ooo——

NOTE SUPPLÉMENTAIRE

Depuis cette date, un examen, pratiqué par le docteur Bernier, agrégé, chargé du cours de Bactériologie, a permis de déceler la présence du bacille de la lèpre dans l'exsudat provenant du leprôme de la main du père.



QUELLES SONT NOS MEILLEURES ARMES POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE

Par le Dr. D.-E. LECAVELIER, Montréal

Tout progrès en hygiène est un gain sur la mort.

Toute dépense servant à l'amélioration de l'hygiène publique est une économie.

Dans notre jeune et immense pays, où la vie humaine a une si grande valeur, les progrès en hygiène devraient nous permettre de réaliser un plus grand gain sur la mort ; or, pendant que plus de douze mille personnes tombent chaque année victimes de la tuberculose, que faisons-nous pour arrêter la marche triomphante de cette grande moissonneuse ? Que faisons-nous pour empêcher cette grande armée de près de 70 mille tuberculeux d'enrôler de nouveaux candidats à la mort ? Vous connaissez la désolante réponse ; eh bien ! puisque tout est à faire, considérons quelle est la meilleure méthode à adopter pour lutter contre le plus grand *fléau moderne* qui fait, à lui seul, plus de ravages que toutes les autres maladies contagieuses réunies. Si l'on jette un regard autour de nous, on voit que toutes les puissances médicales, scientifiques et philantropiques du monde civilisé se sont coalisées pour élever des barrières contre l'ennemi commun.

Aux Etats-Unis, 200 sanatoria reçoivent 60,000 tuberculeux.

En Allemagne, 87 sanatoria abritent 25,208 malades.

En Angleterre, on compte 25 sanatoria, et au congrès de la tuberculose, tenu l'an dernier à Londres, le comité général a reçu la somme de $500,000. Le roi Edouard VII vient de donner un million de piastre pour construire un sanatorium pour les tuberculeux indigents.

En France, il existe trente sanatoria pour les tuberculeux, et la ville de Paris a souscrit un million et demi de francs pour l'isolement de ses malades.

La Suisse possède 12 sonatoria.

La Norvège possède 5 sanatoria.

Le Danemark possède 6 sanatoria.

La Belgique possède 3 sanatoria.

L'Ecosse possède 3 sanatoria.

L'Irlande possède 3 sanatoria.

Le Canada possède 1 sanatorium.

En Australie, le gouverneur a donné 123.000 livres pour hospitaliser les tuberculeux.

En Danemark, l'Etat vient de voter 130,000 francs pour construire un sanatorium.

Oscar II, roi de Suède, a donné 6 millions de francs pour les sanatoria en faveur des tuberculeux indigents.

En Russie, le Tsar vient de faire don, à une société anti-tuberculeuse, d'une vaste propriété et d'une somme de $250,000.

Au Japon, le gouvernement, effrayé des ravages causés par la tuberculose, vient de prendre l'initiative de créer différents sanatoria pour ses malades.

La ville de Philadelphie vient de voter $80,000 pour la construction de huit pavillons pour le traitement de 500 consomptifs. La charpente de ces pavillons sera en acier, et la couverture et les murs seront en verre. Les chambres seront pour-

vues d'ozone, qui donnera une atmosphère semblable a celle des hautes montagnes. Le plan a été imaginé par le Dr John V. Shœmaker, président du Département des Charités et Corrections, qui dit ceci à ce sujet :

"Les 500 patients seront partagés parmi les différents pavillons suivant le degré de la maladie.

Le traitement des malades se fera au moyen d'un système de ventilation parfaite renouvelant constamment la provision d'ozone. Les pavillons seront pourvus de batteries électriques qui ranimeront la vigueur de l'air et détruiront les germes de la tuberculose."

Les villes de Rome et de Copenhague viennent d'ouvrir un sanatorium populaire pour leurs tuberculeux urbains. Le Reichstag allemand votait, le 6 février dernier, 4 millions de marks pour les logements salubres et une subvention de 180,000 marks pour encourager la lutte anti-tuberculeuse sur le territoire de l'Empire, et le Secrétaire d'Etat s'excusait sur la faiblesse de cette somme, en disant qu'il espérait bien obtenir, au prochain budget, un concours beaucoup plus efficace pour encourager l'initiative particulière.

La lutte est donc engagée partout ; des rois, des chefs d'Etats, les princes de la finance, les industriels, les philanthropes, tous ont reconnu le danger et sont descendus dans l'arène pour aider les combattants. Hier, c'était le Tsar des Russies, les rois d'Angleterre et de Suède ; aujourd'hui, c'est le président de la République française qui vient de prononcer ces mémorables paroles lors de la fédération des œuvres anti-tuberculeuses françaises : "Ce sont les tuberculeux indigents que nous devons avoir en vue, car c'est dans la classe pauvre que la tuberculose fait plus de ravages, c'est là qu'il est le plus difficile de la soigner, de la guérir, ou seulement d'empêcher sa propagation. Vous réussirez dans vos efforts, messieurs !

Vous avez le concours des intelligences ; vous avez le concours des cœurs ; vous avez les pouvoirs publics ; vous avez les femmes de France ; vous avez le concours de mon ami, M. Casimir Périer, que je trouve toujours lorsqu'il y a une bonne œuvre, une grande œuvre pour le pays à réaliser......Vous avez avec vous les présidents des deux Chambres qui représentent les élus du pays ; vous avez avec vous M. le président du Conseil... Je vous demande de nous convoquer chaque fois qu'une séance aura quelqu'importance, si vous pensez que notre présence puisse vous aider à réaliser le but que vous poursuivez et qui sera, encore une fois, à l'honneur de la France."

Nous voudrions que les grands hommes à la tête de notre pays viennent nous tenir un langage aussi noble et généreux, lorsque nous leurs démontrons les dangers qui menacent un grand nombre d'existences précieuses pour notre société Pendant que les autres pays prennent de sages mesures pour traiter les tuberculeux, ici on délibère encore sur l'opportunité d'agir.

Or, comment faut-il lutter contre la tuberculose ? Sans plus ample préambule, j'ai l'honneur de déposer entre vos mains un *trident thérapeutique* qui nous servira pour sortir vainqueurs de cette lutte. Cette arme précieuse, à triple branche d'égale force et d'égale importance, est constituée par :

— *—La fondation de Sanatoria populaires ;*
—L'œuvre de l'assistance à la famille ;
—La création de dispensaires antituberculeux.

Si l'on apporte au maniement de cette arme toute la diligence et l'habileté requises, l'on atteindra rapidement le but proposé et nous pourrons rejoindre ceux qui nous ont devancés dans cette voie humanitaire en s'élevant au niveau des progrès accomplis à l'étranger.

Pour bien reconnaître la nécessité du sanatorium suburbain, il faut démontrer les services qu'il rend et le grand rôle d'instruction hygiénique qu'il remplit. Or, que devient l'ouvrier, celui qui constitue le véritable capital social du pays, lorsque désarmé devant la maladie, déshérité de la fortune, la *tuberculose* pénètre à son foyer ?

Qu'arrive-t-il lorsque le père ou la mère de famille est souffrant ? Ou l'hôpital les reçoit, ou le foyer les retient.

S'ils demeurent chez eux, nouvelle charge, nouvelle dépense, le fruit du travail n'est pas suffisant pour subvenir aux besoins multipliés, et la misère devient la compagne inévitable de la tuberculose, puis après avoir lutté des mois, quand l'un d'eux disparaît, la contagion s'est faite parfois chez les voisins, mais toujours chez les enfants qui sont ordinairement très jeunes, car ceux qui meurent sont des jeunes ayant coûté bien des sacrifices à leur famille, ils sont emportés par la maladie au moment où, pouvant marcher par leurs propres forces, ils se préparent à leur tour à fonder une famille, à moins que, atteints quelques années plus tard, ils ne meurent, laissant une femme et des orphelins malades, qui sont souvent dans le dénûment le plus complet. Leur mort est donc une perte complète pour la société, à laquelle ils n'ont pas rendu les services qu'ils en avaient reçus.

Ouvrier intelligent dont le patron connaissait les talents, le mérite et la valeur, il a travaillé jusqu'au dernier moment, il a porté à l'atelier le germe de la maladie, il a semé la mort, car, vous diront ceux qui observent, l'ouvrier qui lui succède est à son tour atteint du même mal.

M. Marfan a cité un fait de contagion dans un bureau, particulièrement intéressant, instructif et attristant, et M. Lardier rapporte un fait semblable dans une école ; et il en existe beaucoup d'autres !

1° Un employé de bureau, tuberculeux, crache partout dans son bureau contenant 22 employés. En deux ans, sur ces 22 employés, 14 deviennent tuberculeux (il y avait là les deux conditions réunies : contagion et vie enfermée) ; le bureau, ayant été désinfecté et l'emploi du crachoir ayant été rendu obligatoire, il ne s'y est plus produit un seul cas de tuberculose.

2° Un maître d'école phtisique reste pendant deux ans en fonctions dans une école. Deux de ses adjoints meurent de phtisie aiguë ; trois élèves de sa classe sont pris de tuberculose. Les parents s'insurgent, on le déplace, et finalement, devant l'opposition de la population, on le met à la retraite. Tout cela eut pu être évité par l'emploi constant du crachoir

Si le malade se dirige vers l'hôpital, que reçoit-il ? que lui donne-t-on ? On ne lui offre qu'un asile de jour et de nuit pour attendre la mort. Placé dans un endroit plus offensant que secourable, il ne trouve ni *air*, ni *repos*, ni *alimentation* suffisante qui sont les trois bases du traitement de la tuberculose Chaque année une somme considérable est employée à mal nourrir des tuberculeux qui s'éteignent lentement, mais sûrement.

Si l'on comptait les longues nuits d'insomnie que causent les tousseux à leurs voisins, les typhiques ou les rhumatisants, si les registres indiquaient la longueur de la convalescence de ces malades ainsi troublés, si l'on déclarait que dans les hôpitaux, il existe des tubes humains ensemencés de bacille de Koch pour greffer les autres malades d'une affection tuberculeuse,— car ce n'est qu'à l'hôpital que l'on voit pousser la tuberculose sur un terrain cirrhotique ou cancéreux,—ne croyez-vous pas que les généreux donateurs seraient très heureux d'offrir davantage si, leur montrant le mal dans toute son horreur, on leur proposait le remède. Le mal est considérable, il est évident. La contagiosité de la tuberculose n'est plus une doctrine, c'es

un fait certain. Partout où il y a des bacilles tuberculeux, il y a danger de contagion. Or, le bacille de Koch est de tous les bacilles le plus résistant. La dessiccation réitérée ne le tue pas, ni l'humidité, ni la putréfaction, ni la chaleur sèche à 70° et même à 100°. Il faut pour le détruire la chaleur humide à 100° pendant 2 minutes, ou l'action prolongée d'une solution caustique d'acide phénique. Il vit donc des mois là où il est déposé, ne perd que lentement sa virulence, et, même mort, provoque encore des lésions de tuberculose localisée. Or, ce bacille si redoutable fourmille par milliards dans les crachats des tuberculeux. C'est assez dire le péril d'un séjour prolongé dans une salle d'hôpital où la désinfection rigoureuse des crachoirs n'est pas assurée et où les malades souillent les murs et le parquet.

C'est le cas de nos salles d'hopitaux. Le tuberculeux étant donc un danger pour un camarade de salle, il doit être éloigné et soigné à part.

Que faut il donc lui donner pour le guérir ? Il faut lui donner des forces nouvelles et relever son organisme. Et comment? Par une aération continue et réglée de jour et de nuit, par une alimentation vigoureuse, par le repos prolongé et le sommeil. Or, rien de cela n'est possible dans la salle commune. L'aération est empêchée par le pneumonique ou le rhumatisant, dont la maladie exige que la fenêtre soit close. L'alimentation est rendue difficile par le défaut d'aération et le manque d'appétit qui en est le résultat.

Quant au repos et au sommeil, il est troublé par le malade endolori ou délirant. En conséquence, dans l'intérêt général, dans l'intérêt du tuberculeux lui-même, le sanatorium est une nécessité absolue. Mais pour atteindre ce but il faut des fonds, et pour obtenir des fonds il faut vulgariser l'idée de la curabilité de la tuberculose qui est restée jusqu'ici trop cantonnée dans le cercle étroit du monde médical.

Nous espérons que les pouvoirs publics et la charitée privée souscriront généreusement à la fondation de sanatoria populaires lorsqu'ils connaîtront mieux les résultats suivants obtenus dans les sanatoria étrangers.

No. 1.	Mortalité. p. c.	Guérison. p. c.	Amélioration p. c.
Falkenstein	4	14	77
Goerbersdorff	7	25	72
Reiboldsgrüm	2	27	73
Darvos	4	40	40
Hohenhonnef	4	58	40
Nordrac	4	30	65
Halila Findahde	13	37	33
Ca' igou	73	44	43
Adirondack	13	25	35
Winyab	4	23	43
Leysin	11	12	59
Rehburg	28	40	32
Ventuor	4	18	60
Arcachon	29	70	46
Ormesson Villiers (Enfants tuberculeux)	8	34	35

Mais les témoins les plus importants à faire entendre pour le succès de notre cause, ce sont les bienfaits reçus des sanatoria particulièrement réservés aux tuberculeux indigents.

No. 2.—STATISTIQUE DES SANATORIA POUR INDIGENTS.

Sanatoria.	Nombre de Malades	Guerisons.	Améliorations.	Etats stationnaires.	Aggravations.	Déces
Ruppertsheim (statistique Hohm, 1896-1897	394	5,3 p. c.	70 p. c.		23,8 p.c.	
2e statistique	811	18 p. c.	62 p. c.			
Grawbowsee	455	10 p. c.	62 p. c.		25 p c.	
Sanat de Bad Rehburg	778	30 à 68 p. c.	31 à 69 p. c.			
Sanat. popul. de Berlin	716	36 p. c.	45 p. c.	15 p.c.		2,5 p c
Dannenfelds	82	25 p. c.	39 p. c.		34 p.c.	
Gœrbersdorf (Dr Weicker)	466	76 p. c.	12 p. c.	6 p.c.		
Cie d'assus. hanséatique	454	16 p. c.	45 p. c.	31 p.c.	7 p c.	0,5 p.c
Davosdorf	130	25 p. c.	42 p. c.	27 p.c.	4 p.c.	
Hôpitol d'Ormesson	438	42 p. c.	40 p. c.			

Ce qui est encore de la plus haute importance à connaître, ce sont les résultats éloignés que donne le sanatorium. Nous avons là la preuve évidente que les capitaux placés sans intérêt apparent sont loin d'être perdus, puisque la société est largement récompensée des sacrifices faits, par le travail meilleur d'un ouvrier bien portant.

No. 3.—RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Sanatoria.	Nombre de malades revus (ayant été considérés comme guéris ou améliorés à leur sortie).	Nombre d'années écoulées depuis la sortie du sanatorium.	Guéris ou en bon état.	Aggravés	Décès.
Falkenstein	98	Plus de 3 ans	85 p. c.	3 p. c.	11 p. c.
Davos Platz	266	3 à 7 ans	48 p. c.	"	42 p. c.
Crawbowsée	192	18 mois	52 p. c.	"	"
Gœrbersdorf (docteur Weicker)	265	1 an	80 p. c.	13 p. c.	2 p. c.
Ibid	108	2 ans	56 p. c.	21 p. c.	22 p. c.
Ibid	30	3 ans	60 p. c.	13 p. c.	26 p. c.
Ibid	5		40 p. c.	20 p. c.	40 p. c.
Davosdorf	48		71 p. c.	15 p. c.	4 p. c.

Après une enquête faite en 1900 auprès de 2,500 tuberculeux, M. le docteur Weicker nous dit que :

Sur 100 personnes traitées avec succès au sanatorium en

l'année	1895	1896	1897	1898	1899
	48	41	61	65	77

étaient encore au travail en 1899.

Les succès obtenus et leur stabilité sont assez probants pour montrer toute la valeur du rôle d'économie sociale rempli par le sanatorium.

En Allemagne, depuis l'application rigoureuse des lois d'assurances ouvrières contre la maladie et l'invalidité, l'Etat constate une diminution notable de la mortalité tuberculeuse. De 1880 à 1897 on compte, par million d'habitants, une diminution de 1,015 décès, soit, pour 56 millions d'habitants, 56,840

personnes ayant échappé à la tuberculose pendant cette période de 18 années conséentives.

Il est clairement établi, par des chiffres d'une exactitude reconnue, que l'Angleterre, par l'application des mesures sanitaires, a fait, de 1880 à 1889, une économie de 6 millions 400 mille piastres environ et a diminué sa mortalité tuberculeuse de 45 pour cent.

En présence de faits aussi éloquents, nous arrivant de toute part, il n'est pas permis de s'immobiliser plus longtemps dans le " statu quo " déplorable qui est une honte pour le Canada où l'on voit le nombre de décès causés par la tuberculose augmenter chaque jour.

TABLEAU comparatif de la mortalité générale et de la mortalité causée par la tuberculose dans les différentes provinces et les principales villes du Canada.

(Recensement de l'anuée 1901)

	Population.	Total des décès.	[illegible]rtalité par la tuberculose
Colombie anglaise	177.272		
Manitoba.	254 947		
Nouveau Brunswick	331.102		
St Jean	51 759		
Nouvelle-Ecosse.	459 574		
Halifax	74 662		
Ontario	2.182 947		
Toronto	208.040		
Ottawa	59 828		
Hamilton	52 534		
Ile du Prince-Edouard.	103 259		
Province de Québec	1 648 898		
Montréal	267 516		
Québec	68 840		
Territoire du Nord-Ouest.	158 940		
Territoire non organisé (Yukon, etc)	52 702		
Total	5 369.666		12.000

Si l'on veut évaluer en espèces sonnantes, la perte que le Canada éprouve chaque année en laissant mourir ses tuberculeux, on arrive à la jolie somme de 50 MILLIONS de piastres ainsi répartis :

La vie d'un adulte évaluée en moyenne d'après ce qu'elle a coûté est de......................	$ 1,000
Les décès de 10,000 tuberculeux adultes égalent une perte de.........................	10,000,000
Dépenses moyennes depuis le début de leur maladie jusqu'à leur mort..................	5,000,000
La perte de 8,000 tuberculeux curables pouvant travailler, durant dix années, à raison de 400 piastres par an, représente un capital de.....	32,000,000

Donc, nous perdons directement chaque année la somme de 47 MILLIONS de piastres, et remarquez que dans ce petit calcul, je ne compte que les adultes, je ne parle pas des deux mille tuberculeux qui meurent en bas âge après avoir quelquefois coûté très cher et dont la disparition rend souvent le ménage en équilibre instable ; il y a des choses qui ne se transforment pas en vil métal. Aussi je ne vous demande pas de pénetrer dans un orphelinat pour compter le nombre d'orphelins que des parents tuberculeux ont laissés à la charité publique ; je ne vous invite pas à interroger ces malheureux malades des hôpitaux ou des dispensaires qui vous diront qu'à cause de la mort d'un père, d'une mère, d'une sœur ou d'un frère tuberculeux la misère et la maladie, sa compagne inséparable, ont pénétré au foyer ; je ne veux pas trop charger ce tableau, mais vous pouvez facilement vous convaincre que notre pays perd chaque année plus de 50 MILLIONS DE PIASTRES lorsque les cimetières s'enrichissent de 12 mille tuberculeux. Je conclus que nos conseils municipaux qui ont intérêt à conserver le plus grand nombre possible de contribuables, devraient posséder des sanatoria su-

burbains pour traiter leurs tuberculeux indigents et que nos gouvernements provinciaux, qui prennent un soin jaloux de dix mille fous incurables qui peuplent nos asiles, devraient venir en aide aux quarante mille tuberculeux curables qui habitent le Canada.

Mais le sanatorium ne peut rendre à la société tous les services salutaires que l'on doit attendre de son organisation, s'il ne reçoit pas de secours de son puissant allié : *le dispensaire antituberculeux.*

LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX

Savoir pour prévoir :
Chercher et trouver pour guérir

Le but du dispensaire est de signaler les dangers de contagion pour prévenir la tuberculose ; de chercher et de trouver ceux qui sont au début de la bacillose afin de les diriger vers les sanatoria dans les conditions les plus favorables à leur guérison. Il n'est pas facile de persuader un ouvrier, encore capable d'un certain travail, de la nécessité de consulter son médecin et de se soumettre aux prescriptions hygiéniqu[illegible] que la maladie le retienne au foyer et lui enlève ses petites économies ; c'est pour réussir dans cette œuvre que le dispensaire doit recevoir de l'aide d'ouvriers intelligents qui assureront le succès de la lutte entreprise contre la tuberculose. Le bien que le dispensaire est appelé à faire chez l'ouvrier indigent où la phitisie prend les 4/5 de ses victimes, ne doit pas être accompli au dé[illegible]iment des intérêts du médecin de la famille ; aussi le malade qui se présente à la consultation gratuite doit être envoyé par son médecin ou son patron, qui établit ses droits à la bienfaisance publique. Afin d'éviter tout abus et de se bien renseigner sur les besoins et les conditions sociales du malade, l'enquête suivante

devrait être faite par un ouvrier (ancien tuberculeux guéri si possible) qui, connaissant à fond la classe des travailleurs, se met à la portée de ces malades, s'exprime comme eux et leur explique les prescriptions reçues et les soins à prendre afin de ne pas communiquer la maladie aux autres.

DISPENSAIRE POUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

(Enquête ouvrière)

Date : No d'ordre :

Enquêteur :

Nom et prénoms du malade consultant :

Age :

Domicile :

Profession :

Malade envoyé au dispensaire par M.

Médecin traitant :

Le malade vit-il en ménage ?

Le malade vit-il seul ?

Le malade a-t-il des enfants ? Combien ?

Quel âge ont les enfants ?

A-t-il perdu des enfants ?

De quelle maladie et à quel âge ?

Combien le malade gagne-t-il par jour quand il peut travailler ?

Combien d'heures par jour travaille-t-il en moyenne ?

Depuis combien de temps le malade est-il obligé de chômer ?

Quelle profession la femme et les enfants exercent-ils ?

Combien gagnent par jour la femme et les enfants ?

De combien d'argent le ménage disposait-il par jour avant la maladie ?

De combien d'argent le ménage dispose-t il par jour en moyenne depuis la maladie ?

Noms et adresses des patrons du mari, de la femme, des enfants.

Le ménage a-t-il des parents ou grands-parents à entretenir ?

A-t-il des dettes envers le propriétaire ?

Doit-il aux fournisseurs ?

A quels fournisseurs le ménage doit-il de l'argent ?

A-t-il placé des meubles, des vêtements ou divers objets au Mont-de-Piété ? Lesquels ?

Le ménage reçoit des secours des œuvres privées ? Desquelles ?

Le mari est-il affilié à une société de secours mutuels ?

Les enfants vont-ils à l'école ?

Le malade reste-t-il chez lui ?

Peut-il travailler à domicile ? A-t-il de l'ouvrage ?

Peut-on chercher à lui en procurer ?

Quelle sorte de travail peut-il faire ?

Peut-il sortir pour chercher du travail ou pour se promener ?

Le malade a-t-il une alimentation suffisante ?

Le malade a-t-il des vêtements chauds ?

Le malade a-t-il des draps et des couvertures ?

Où le malade crache-t-il ?

Comprend-il la nécessité de ne pas cracher par terre et de détruire ses crachats dans l'intérêt de sa santé ?

L'exercice de sa profession est-il pénible ?

Quelle est, de l'avis du malade, la situation hygiénique de l'atelier où il travaille ?

Quels sont les besoins les plus immédiats du malade et du ménage ?

Que peut-on demander pour le malade à son patron ?

Quelle forme d'assistance le dispensaire peut-il lui accorder ?

SITUATION HYGIÉNIQUE DU LOGEMENT

De combien de pièces se compose le logement du ménage ?
Nombre de pièces habitées.

Le malade occupe-il un lit seul ?

Quelles dimensions a la chambre du malade ?

Combien de personnes couchent dans la chambre du malade ? Lesquelles ?

Combien y a-t-il de lits pour toute la famille ?

Etat de la literie.

Combien de ménages habitent la même maison ?

La maison possède-t-elle une cour, un jardin ?

La chambre du malade donne-t-elle sur la rue, sur la cour ou sur le jardin ?

Combien de fenêtres a-t-elle ? Peut-on les ouvrir facilement ?

D'où provient l'eau d'alimentation : puits ou eau de la ville ?

S'il y a un puits, à quelle distance est-il des cabinets d'aisance ?

Où et comment se fait la lessive ?

Où et comment sèche-t-on le linge ?

Propreté de la chambre du malade et du ménage ?

Y a-t-il lieu de faire nettoyer et blanchir la chambre du malade ?

Le malade accepte-t-il que l'on nettoie et blanchisse sa chambre et son logement ?

Est-il nécessaire de le faire changer de logement ?

Ce bulletin d'enquête porte toutes les indications utiles pour que le dispensaire puisse intervenir efficacement auprès du malade et de sa famille. Lorsque le tuberculeux revient au dis-

pensaire, on fait l'examen bactériologique des crachats, on établit son dossier clinique et l'on considère quel bénéfice ce malade pourra retirer d'une cure d'air, d'alimentation et de repos. Mais il est certain que l'on ne peut construire un assez grand nombre de sanatoria populaires pour recevoir tous les tuberculeux indigents. Le dispensaire a donc pour mission de fonder une œuvre de *défense sociale* en organisant la lutte anti-tuberculeuse dans les édifices publics, dans les ateliers et dans la famille. Chaque tuberculeux recevra des secours matériels de différente nature en rapport avec ses besoins et le programme d'hygiène suivant :

INSTRUCTIONS POUR LES MALADES

Il faut toujours soigner de bonne heure les maladies des poumons pour ne pas devenir phtisique, c'est-à-dire tuberculeux.

Quand on est tuberculeux on peut très bien guérir à la condition d'observer rigoureusement les règles d'hygiène suivantes :

Prenez bien soin de ne jamais cracher par terre, parce que vos crachats peuvent contenir des microbes dangereux pour vous et ceux qui habitent avec vous.

Vos crachats désséchés se mêlent à la poussière des appartements ou de la rue et si vous respirez ces poussières vous risquez de devenir tuberculeux ou de voir votre maladie s'aggraver.

Lorsque vous êtes chez vous crachez toujours dans un crachoir à couvercle, ou dans votre crachoir de poche.

Lorsque vous sortez emportez toujours votre crachoir de poche.

Ne vous servez pas de mouchoir de poche pour cracher.

Tous les soirs jetez le contenu de vos crachoirs soit dans le feu soit dans les latrines et faites bouillir ensuite le crachoir dans une casserole d'eau.

Efforcez-vous de ne tousser que lorsque vous avez besoin de cracher.

N'avalez jamais vos crachats.

Lorsque vous toussez ou lorsque vous éternuez, couvrez-vous la bouche avec la main.

Lavez-vous les mains et la figure, surtout la barbe, plusieurs fois par jour.

Evitez les courants d'air, les endroits humides et n'allez jamais dans les endroits où il y a de la poussière.

Ne balayez jamais votre chambre sans avoir largement mouillé le sol pour éviter de soulever les poussières.

Si elle est recouverte d'un plancher, demandez au dispensaire un produit dont vous l'enduirez et qui empêchera les poussières de se soulever en balayant.

Ne dormez jamais avec une autre personne dans le même lit, ni autant que possible dans la même chambre.

Dormez toujours la fenêtre ouverte ou entr'ouverte en vous couvrant bien pour ne pas avoir froid.

Quand vous prendrez un peu de repos pendant le jour, reposez-vous sur un siège allongé ou sur votre lit devant une fenêtre ouverte.

Sortez fréquemment.—Evitez seulement le vent, la poussière ou la pluie.

Mangez le plus possible de viande, surtout de la viande de bœuf.

Si vous la mangez crue qu'elle soit très fraîche.

Buvez beaucoup de lait.—Faites-le toujours bouillir.

Faites plusieurs repas par jour.—Au moins quatre, si vous le pouvez.

Un peu de vin, de bière ou de cidre n'est pas nuisible, mais évitez toute autre boisson alcoolique.

L'acool abîme l'estomac, détruit les forces et vous empêchera de guérir.

Couchez-vous de bonne heure. N'allez pas dans les hôtels où la fumée de tabac et les poussières vous feront tousser et vous fatigueront.

Ne fumez pas.

En suivant ces prescriptions vous guérirez.

Affichez ces conseils dans votre chambre et relisez-les souvent.

Le dispensaire, en faisant ainsi l'éducation hygiénique de ces malades, peut plus efficacement que toute administration municipale enrayer la propagation de la tuberculose. A ceux qui voudront bien se conformer à ces instructions, le dispensaire donnera en retour des médicaments, des vêtements, une chaise longue, un crachoir de poche et de table, des antiseptiques, des bons pour du lait, des œufs, de la viande, etc., etc., selon les ressources que

L'ŒUVRE D'ASSISTANCE

pourra mettre à sa disposition.

Si je parle en dernier lieu de l'Œuvre d'Assistance à la famille, ce n'est pas qu'elle soit moins importante que les deux autres parties dont nous venons d'étudier le fonctionnement. Je l'ai placée au milieu de notre trident thérapeutique car elle constitue le *chaînon d'or* qui unit le sanatorium au dispensaire antituberculeux.

Vous avez entendu, tout à l'heure, M. le président de la République française dire aux sociétés antituberculeuse fédérées : "Vous réussirez dans vos efforts, car vous avez avec vous les femmes de France." J'espère que l'on nous dira bientôt : "Vous

réussirez dans la lutte que vous entreprenez contre la tuberculose, car vous avez avec vous les femmes du Canada.

Lorsqu'il s'agit de porter à la famille nécessiteuse les douces consolations d'une *matérielle espérance*, le rôle de la femme apparait, car le dévouement et le sacrifice n'ont pas de sources plus profondes que dans le cœur d'une mère charitable. Les dames de la haute aristocratie anglaise ont compris quels étaient les dangers de la tuberculose et ont entrepris contre elle une victorieuse croisade. Dans certaines villes d'Angleterre, chaque année, deux jours sont consacrés à la collecte des fonds nécessaires aux hôpitaux ; c'est d'abord le dimanche d'hôpital (*Sunday hospital fund* où dans les temples, quel que soit leur culte, des quêtes fructueuses sont faites. Puis le samedi d'hôpital (*Saturday hospital fund*) ; ce jour-là les femmes du plus grand monde se disputent l'honneur de s'installer sur le trottoir et de tendre la main aux passants pour les malades. Des boîtes sont déposées au coin des principales rues, surmontées de cet écriteau éloquent par son laconisme : "Samedi d'hôpital, collecte des rues !" En même temps, les pennies et les schellings sont récoltés dans les ateliers, les écoles, les grands magasins, les gares et dans tous les endroits où circule la foule. On donne libéralement et un samedi d'hôpital rapporte souvent 250,000 piastres. On voit le salutaire effet de cette jolie somme pour le soutien de sanatoria populaires, de dispensaires antituberculeux et l'assistance à la famille.

Comment voulez-vous qu'un ouvrier abandonne le travail, entre dans un sanatorium pour scléroser un tubercule naissant, lorsqu'il sait que chez lui des enfants attendent pour manger le pain quotidien, les revenus d'un père aujourd'hui malade et demain invalide.

Non, il ne faut pas seulement aux tuberculeux un repos physique mais aussi un repos moral ; il ne lui faut pas seule-

ment une atmosphère pure mais aussi une atmosphère de bienfaisante sollicitude. C'est l'Œuvre d'assistance qui doit se charger d'atteindre ce but. Elle distribuera des secours de toute nature à domicile, tentera de réformer, par tous les moyens, l'hygiène du milieu et l'hygiène du malade ; elle cherchera à placer à la campagne, durant la belle saison, les enfants de tuberculeux incurables qui végètent péniblement dans leur famille au milieu d'un véritable foyer d'infection. Après avoir dirigé le tuberculeux curable vers un sanatorium, elle intéressera le patron, le philanthrope, les industriels, les financiers à verser généreusement pour l'assistance hospitalière. individuelle et familiale.

CONCLUSIONS

La tuberculose, "Voila l'ennemi."

Le trident thérapeutique { *Hospitaliser* / *Instruire* / *Secourir,* }

"Voilà le remède".

1° La majorité de nos tuberculeux meurent parce qu'on ne nous donne pas de quoi les traiter ;

2° Etant donné que le sanatorium joue un rôle d'économie sociale, indiscutable, les gouvernements provinciaux sont tenus par toutes les lois humanitaires, de construire près des grandes villes de plus de 60,000 habitants. un sanatorium populaire pour les tuberculeux indigents ;

3° Les conseils municipaux unis à la charité publique doivent subvenir aux frais de traitement de ces malades et d'entretien de sanatoria suburbains et de dispensaires antituberculeux urbains ;

4° Le Dispensaire antituberculeux, ayant des chefs ouvriers comme auxiliaires, constitue la meilleure école de prophylaxie contre la tuberculose, dont le triple but est :

a. De venir en aide le plus tôt possible à la foule de tuberculeux, que les sanatoria, en trop petit nombre, ne peuvent hospitaliser.

b. De donner des consultations gratuites aux personnes suspectes de tuberculose, de faire l'éducation hygiénique de ces malades et de leur distribuer des secours variés selon leurs besoins ;

c. De visiter les tuberculeux à domicile, de rendre leurs logements salubres et d'éviter la contagion dans la famille et ailleurs ;

5° L'Œuvre d'assistanee à la famille est le complément indispensable des deux organisations précédentes ;

6° Qu'il s'agisse de sanatoria, de dispensaires, d'asiles ou d'hôpitaux pour les tuberculeux, le "rôle de la femme" apparaît :

a. Rôle financier.—En contribuant à augmenter les subsides et les dons multiples nécessaires à la fondation et à l'entretien de ces établissements ;

b. Rôle moral et humanitaire.—En visitant à domicile les curables, la femme soulage leurs misères ; par ses conseils et l'espoir d'une guérison prochaine, elle dirige le tuberculeux curable vers un sanatorium : elle assiste la famille de l'hospitalisé, place les enfants ou en prend soin ; par sa générosité et son tact elle peut contribuer largement aux succès de la lutte contre notre plus grand ennemi : *La tuberculose.*



ESSAI SUR LA THERAPEUTIQUE DEFENSIVE DANS LA FIEVRE TYPHOIDE

Par le Dr D.-E. LeCAVELIER, Montréal

En médecine il faut tout aimer pour tout apprendre et tout apprendre pour tout comprendre.

La foi en une méthode thérapeutique naît des résultats heureux qui suivent son application, et sa valeur s'établit non sur un groupe d'observations limitées, similaires, recueillies dans un temps donné, mais bien sur les considérations d'une quantité de faits isolés observés en différentes époques et d'un caractère inattaquable ; car chaque épidémie, prise à part, présente, selon la saison, l'endroit et le tempérament des personnes atteintes, de très grandes différences dans l'ensemble de sa physionomie.

La thérapeutique défensive que j'ai l'honneur de vous proposer contre la fièvre typhoïde renferme les conditions essentielles pour inspirer une confiance en ce mode de traitement. Cependant, elle demande encore d'être confirmée par votre expérience et enrichie d'un plus grand nombre de succès.

Les 39 typhiques que j'ai eu l'occasion d'observer et de guérir, furent rencontrés à différents endroits et à différentes époques, mais tous furent traités de la même manière.

Chloroforme................ 1 gramme
Eau distillée................100 grammes

M.

Dose : Une cuillerée à thé, à dessert ou à soupe, selon l'âge, la constitution ou la température du malade, à toutes les deux heures, les trois heures ou les quatre heures, selon les indications. Au besoin, si les intestins ne fonctionnent pas, tous les jours une dose de la solution est remplacée durant la soirée par la capsule suivante :

Calomel	16	centigrammes
Menthol	8	"
Carbonate de gaiacol	6	"
Eucalyptol	18	"
M.		

Régime lacté absolu autant que possible.

Le lait doit être présenté au malade à toutes les deux heures, car en règle générale, tout fébricitant, dont la température dépasse 101° F. est d'une *apathie alimentaire* complète.

Chez les 21 premiers typhiques traités aux Etats-Unis par cette méthode, le sérodiagnostic ne fut pas fait, mais huit malades, au début du traitement, présentaient de la roséole abdominale, les 13 autres avaient, dès leur arrivée à l'hôpital, tous les symptômes cliniques et le rythme caractéristique de la fièvre typhoïde.

Le sérodiagnostic fut positif pour onze malades traités à Montréal ; chez les sept typhiques observés à la campagne, le sérodiagnostic ne fut pas fait.. Dans aucun cas, après le troisième jour de traitement, la température vespérale ne s'éleva au-dessus de 103° F., et tous ont guéri en l'espace de dix à vingt jours ; la convalescence est de courte durée, les forces reviennent rapidement. Un fait qui parle éloquemment en faveur de ce mode de traitement est celui-ci : Deux compagnons de travail contractent la fièvre typhoïde en même temps, en buvant de l'eau impure d'un ruisseau durant les chaleurs du mois de

juillet ; l'un entre à l'hôpital et est traité par un confrère américain avec le naphtol, la quinine et le *liquid peptonoïde* ; l'autre échoue dans mon service et reçoit une cuillerée à dessert de la solution chloroformée à toutes les trois heures les deux premiers jours, et à toutes les quatre heures les jours suivants ; on lui donne, à trois reprises différentes, une capsule de calomel composée à tous les deux soirs. Après quinze jours ce typhique quittait l'hôpital très bien portant et son malheureux compagnon fut un mois à regretter de se trouver du mauvais côté de la salle.

Je pourrais citer encore d'autres faits analogues, mais je ne veux pas abuser de votre patience et je passe maintenant au mode d'action de ce traitement. Les expériences faites par M. le docteur Gravel, interne à l'Hôtel-Dieu de Montréal, ont démontré que le chloroforme, même pur, ne pouvait empêcher la multiplication du bacille d'Eberth. Il ne faut donc pas penser à la théorie antiseptique. D'ailleurs, pour la fièvre typhoïde comme pour le traitement de toutes les maladies infectieuses, la thérapeutique offensive antibacillaire a fait banqueroute et l'antisepsie du milieu intérieur est irréalisable. C'est encore à la vieille mais immortelle formule *Vis mediatrix* qu'il faut revenir et tenter par les meilleurs moyens possibles d'accroître la résistance organique et d'exalter ses réactions de défense.

Parmi les erreurs propagées par l'enseignement classique, il en est une que je veux combattre, c'est celle de l'antisepsie intestinale ou interne. Telles furent les premières paroles de M. le professeur Robin en faisant, au mois dernier, la communication suivante à l'Académie de Médecine de Paris :

"J'ai déjà signalé l'observation d'un malade saturé de mercure qui mourut d'une grippe exceptionnellement grave.

Aujourd'hui, je rapporte l'observation d'une femme atteinte de syphilis secondaire, que je mis au traitement intensif par les

injections sous-cutanées de benzoate de mercure, puis par l'ingestion de pilules de sublimé à la dose de 3 puis de 4 centigrammes.

Une fièvre typhoïde éclate chez cette femme ; au lieu d'évoluer d'une façon atténuée, cette maladie prit d'emblée une allure très infectieuse ; des éruptions pemphigoïdes, suivies d'ulcération, une phlegmatia alba dolens, survinrent. Au vingt-deuxième jour elle succomba, le mercure, recherché dans les divers organes, fut trouvé dans le foie, la rate, soupçonné dans les muscles.

Cette malade avait pris 75 centigrammes de préparation mercurielle, et, cependant l'imprégnation mercurielle n'a pas atténué la virulence du bacille d'Eberth. Le mercure est plutôt nuisible parce qu'il ralentit les échanges organiques qu'on cherche au contraire à augmenter dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Les enseignements du laboratoire sur l'antiseptie interne ne sont donc point applicables à la clinique."

Pour expliquer les phénomènes favorables de notre thérapeutique défensive dans la fièvre typhoïde, nous devons pénétrer dans le grand laboratoire hépatique et se rappeler les fonctions nutritives et défensives du foie sanguin et du foie biliaire.

Il faut aussi considérer que, dans l'état typhoïde, la cellule hépatique est congestionnée, paralysée, et Wagner a trouvé des îlots de productions lymphomateuses. La bile, si elle est sécrétée, est pâle et peu abondante, d'où vient la coloration claire des selles ; la rate tuméfiée ne peut plus accomplir ses fonctions hématolytiques, les globules rouges usés s'accumulent sans être détruits, puis le foie est privé d'un stimulant biliaire particulier, car les récentes expériences de Pugliese et de Puzzati nous prouvent que les chiens *dératés* éliminent une bile

beaucoup moins riche en pigments biliaires que les chiens porteurs de leur rate : les organes lymphoïdes (plaques de Peyer), qui sont le siège principal de l'infection, ne peuvent jouer leur rôle physiologique et n'envoient plus à la cellule hépatique la *kinase*, ferment ganglionnaire, récemment trouvé par M. Deleyenne, qui a la propriété de rendre plus actives les sécrétions pancréatique et biliaire. Dans une semblable condition, comment le lac hépatique peut-il réussir à noyer toutes les toxines, tous les poisons faibles et diluer ou transformer les plus violents ? Il est clairement établi que toute substance toxique introduite directement dans le torrent circulatoire tue plus rapidement et plus sûrement que si elle est filtrée à travers la trame hépatique. Ce n'est pas sans raison que la veine-porte reçoit les réseaux vasculaires de l'intestin, de la rate et du pancréas

Privé des aliments indispensables à sa vie et à son travail physiologique, comment le foie peut-il agir :

1° Sur les substances utilisables ou alimentaires ;

2° Sur la composition du sang : les hématies, le fer, la fibrine et les ferments coagulants ;

3° Sur les sucres, en transformant l'excédent de glucose en glycogène ; le fixer dans ses mailles pour le transformer de nouveau en sucre au moment des disettes alimentaires ou des dépenses dynamiques ;

4° Sur les graisses en les fixant dans la cellule ou les transformant ;

5° Sur les albuminoïdes en favorisant la formation de substance glycogénique ;

6° Sur la digestion, le pancréas et les putréfactions intestinales ;

7° Sur la calorimétrie à titre de régulateur de la thermogenèse ;

8° Sur les substances étrangères non assimilables ou toxiques ;

9° Enfin sur la production de l'urée, non toxique et *diurétique*, aux dépens des sels ammoniacaux très toxiques. (1)

Il est donc de la plus haute importance que l'arsenal hépatique possède toutes les armes nécessaires à la protection et à la défense de l'économie. Il est donc utile de chercher un substitut efficace aux ferments naturels dont l'état typhoïde empêche la formation et la sécrétion.

Les expériences *in vitro* nous montrent que le chloroforme a la propriété de dissoudre les deux principaux pigments biliaires survenant chez la plupart des anesthésiés par le chloroforme et nous démontrent que le foie est fortement impressionné par ces inhalations ; les heureux résultats obtenus avec une solution chloroformée nous donnent une preuve que cette médication paraît suppléer aux ferments naturels et activer favorablement le foie sanguin et le foie biliaire ; car si l'on administre des doses trop souvent répétées il se produit une exagération des fonctions hépatiques et une hyperbiligénèse qui donne quelquefois naissance à l'ictère.

CONCLUSION

L'observation aidée et éclairée par l'expérimentation perfectionne la médecine tous les jours.

La haute élévation de la température dans la fièvre typhoïde transforme l'économie en une espèce d'étuve qui paralyse le jeu des défenses naturelles.

Les organes lymphoïdes (plaques de Peyer) infectés du bacille d'Eberth, n'accomplissent pas leurs fonctions physiologiques et ne sécrètent plus de kinase.

(1) Dans la fièvre typhoïde les symptômes sont d'autant plus graves que l'élimination de l'urée est faible.

Le foie est l'organe de la défense *par excellence* de toutes infections, en général, et des infections intestinales, en particulier.

La rate et les follicules de Peyer privent la cellule hépatique des stimulants nécessaires à son fonctionnement normal.

Le chloroforme et la capsule de calomel composée paraissent être des substituts efficaces aux ferments naturels, et, en favorisant les réactions de défenses, ils donnent dans le traitement de la fièvre typhoïde des résultats thérapeutiques très favorables.



II

SECTION DE CHIRURGIE

TRAITEMENT RADICAL DE L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Par M. AHERN

Professeur d'anatomie et de cliniques chirurgicales à l'Université Laval

Depuis la dernière partie du 18e siècle, l'augmentation de volume de la prostate sénile était connue comme cause du prostatisme, mais jusqu'à la fin du siècle qui vient de se terminer, on ne lui oppose qu'un traitement palliatif ou symptomatique : l'hygiène et le cathétérisme.

Il est vrai qu'on avait cru guérir l'affection par l'administration de certains médicaments, qui restèrent sans effet, ou par la section des obstacles à la miction dont les résultats furent le plus souvent désastreux.

Deux raisons empêchèrent les chirurgiens, jusqu'à il y a peu d'années, d'attaquer la prostate :

1° La gravité des opérations avant l'antisepsie ;

2° Les théories patnogéniques qui avaient cours pour expliquer l'hypertrophie.

Les uns disaient que l'augmentation de volume n'était que l'expression locale d'une maladie générale, l'artério-sclérose ; les autres que c'était la vessie qui était primitivement malade et que l'hypertrophie prostatique n'était qu'une conséquence de cette maladie.

Ainsi dans ses leçons cliniques de 1888, Guyon dit : " *Je " puis ainsi conclure que le traitement radical de l'hypertrophie " de la prostate n'existe pas et ne saurait exister.* "

En Angleterre, Sir H. Thompson, se faisant l'écho de son confrère français, écrivait : " Nous avons de bonnes raisons pour conclure qu'aucune opération radicale n'est possible vu que nous ne pouvons rendre à la vessie la contractilité qu'elle a perdue."

Aujourd'hui nous savons que l'augmentation de volume de la prostate est la cause de tous les symptômes, et qu'elle dépend si peu de l'artério-sclérose qu'il n'y a qu'un petit nombre de prostatiques qui soient des artério-scléreux.

Quant à la vessie, on ne peut jamais dire qu'elle a perdu entièrement sa contractilité, car, même dans les cas où cela a semblé certain, l'enlèvement de l'obstacle au passage de l'urine a rendu au réservoir urinaire toutes ses fonctions.

Albarran, Hallé, Moulin, etc, regardent la Prostate hypertrophiée comme étant essentiellement une tumeur fibro-adénomateuse (1).

Ainsi, la prostate elle-même étant par son augmentation de volume la cause unique de tous les troubles, l'indication est de la faire revenir à son état normal ou de l'enlever complètement.

Deux méthodes sont en présence : La méthode indirecte et la méthode directe.

La méthode indirecte cherche la diminution de volume de la prostate hypertrophiée par une opération sur des organes éloignés qui ont une influence trophique sur elle.

Ce sont la castration bilatérale, la vasectomie, l'angio-neurectomie, la ligature des veines spermatiques, les injections testiculaires sclérosantes, la ligature des artères hypogastriques.

CASTRATION

Velpeau avait attiré l'attention sur l'analogie remarquable

qu'il y a entre l'hypertrophie de la prostate et les fibrômes utérins. Quand on eut constaté que ceux-ci s'atrophiaient après l'ablation des ovaires, on crut que la castration ferait pour l'hypertrophie de la prostate ce que l'ovariotomie faisait pour les fibrômes utérins (2). D'ailleurs Hunter avait démontré que, chez les animaux, la castration produisait l'atrophie de la prostate.

En 1893, Ramm, de Christiana châtra le premier prostatique. White, de Philadelphie, dans les "*Annals of Surgery*" pour la même année, et Albarran et Hallé, dans "*Les Annales des Mal. gén. urin.*" pour 1898, publièrent des études très intéressantes dont on peut conclure que la castration double athrophie la prostate chez tous les animaux en expérience, empêche son développement quand elle est pratiquée dans l'enfance chez l'homme, et en diminue généralement le volume et la consistance chez le prostatique (3).

Cette diminution peut se montrer dans les premiers jours ou seulement après quelques semaines ou quelques mois et est due, en grande partie, quelquefois entièrement, à l'action décongestionnante de l'opération. La congestion peut augmenter d'un tiers le volume de la glande (4).

Dans certains cas, il y a une atrophie réelle de l'organe, mais elle est tardive, n'est pas constante et n'est pas toujours durable. En somme, il est prouvé que la castration double produit, dans la majorité des cas, une amélioration notable et souvent une guérison (5). Mais on ne peut jamais dire d'avance quels sont les cas où l'opération produira d'une manière permanante l'effet désiré (6). La mortalité est considérable à cause de l'état précaire des malades au moment de l'intervention ; Carlier l'estime à 19% (7).

En 1894 j'opérai deux malades infectés et rétentionnistes. Un est mort des progrès de la maladie, après quatre mois, sans

avoir éprouvé de soulagement. Tant que l'autre est resté à l'hôpital il n'a senti aucune amélioration. Je n'en ai pas eu de nouvelles depuis.

La répugnance des malades, même les vieux, à se laisser émasculer, la gravité de l'intervention et l'incertitude du résultat ont poussé les chirurgiens à chercher d'autres moyens pour arriver au même but.

Ainsi, on a essayé de supprimer les fonctions du testicule en injectant dans l'épididyme des substances sclérosantes telles que la solution de chlorure de zinc au 10°, la teinture d'iode, etc. On a même eu quelques succès. Les effets se rapprochent de ceux de la castration ; mais le traitement est long, douloureux et le résultat n est pas plus certain.

Opérations sur le cordon spermatique : La Vasectomie, c'est-à-dire la résection des cordons déférents, n'amène pas, comme on le croyait, l'atrophie du testicule ; la mortalité est considérable vu l'état des malades (13 sur 93 cas Woods) (8,) et l'opération ne produit de résultats satisfaisants que quand les troubles urinaires sont de nature congestive (9).

Ligature en masse ou résection du cordon spermatique : Expose à la gangrène du testicule, malgré que Carlier (10), et Bennett prétendent le contraire. Une fois, pour varicocèle, j'ai lié tous les vaisseaux du cordon et comme résultat il y eut gangrène du testicule.

Angioneurectomie du cordon, c'est-à-dire la résection entre deux ligatures de tous les éléments nerveux du cordon *sauf* le canal déférentiel, l'artère du même nom et une ou deux veinules qui l'accompagnent. Proposée par Albarran et Moty en 1897 ; les résultats immédiats paraissent être les mêmes que ceux de la castration (11).

Résection des veines spermatiques : Desnos résèque pour varicocèle les veines spermatiques chez six prostatiques ; les

suites opératoires furent simples. Cinq des opérés éprouvèrent du soulagement ; d'abord il y eut diminution de la pollakiurie, puis de la douleur et enfin de la rétention. L'amélioration s'est maintenue depuis plusieurs années (12).

Ligature des artères hypogastriques : Se basant sur les bons résultats obtenus par les ligatures atrophiantes dans certaines tumeurs et hypertrophies, Bier fit 3 fois la ligature des artères iliaques internes avec amélioration considérable et diminution de volume de la prostate. Mais c'est une opération très grave surtout chez des vieillards et les résultats sont problématiques.

Cystopexie : Proposée par Krynski, élève de Rydigier, et de nouveau l'année dernière au Congrès des chirurgiens Allemands par Goldmann, de Fribourg, consiste dans la fixation de la vessie à la paroi abdominale antérieure. Suivant eux la lèvre supérieure du col est attirée en haut et la formation du bas-fond est empêchée. Il n'y a pas de cas rapportés (14).

MÉTHODE DIRECTE

La méthode directe s'attaque à la prostate elle-même pour en diminuer le volume ou pour l'enle r entièrement.

Cette méthode comprend :

1° Les moyens employés pour produire l'atrophie de la prostate en agissant directement sur celle-ci ;

2° ceux employés pour faire disparaître l'obstacle dans l'urèthre prostatique :

3° l'enlèvement total ou partiel de la prostate.

1° *Moyens employés pour produire l'atrophie de la prostate:*

Les *Injections interstitielles*, de teinture d'iode etc, dans la prostate à travers le rectum ; les ponctions au thermo-cautère, par la même voie, sont des moyens inefficaces et dangereux.

L'*Electrolyse* et l'*électropuncture* exposent à la formation

d'abcès, sont douloureux et n'ont pas été employés assez souvent pour permettre de porter un jugement sur leur efficacité. Tout ce qu'on peut dire c'est que ces interventions décongestionnent la prostate.

2° Moyens employés pour faire disparaître l'obstacle dans l'urèthre prostatique.

(a) Sonde à demeure.

Mercier se servait de sa sonde métallique coudée, introduite dans l'urèthre prostatique, le pavillon remonté et fixé sur l'abdomen, la portion coudée appuyée sur la paroi inférieure du canal était supposée atrophier la partie correspondante de la prostate.

La sonde à demeure produit le même effet. D'abord elle décongestionne la vessie et la prostate, amène un certain degré d'atrophie de celle-ci, et régularise le canal, facilitant ainsi l'écoulement de l'urine.

Bazy en 1897 proposa de fixer la sonde à demeure à l'aide d'un appareil spécial pour permettre la déambulation.

Quand, par ces moyens, l'atrophie se produit, elle est rarement considérable et n'est pas permanente (15).

Harrison fait une boutonnière périnéale, dilate considérablement l'urèthre et draine. En somme ce n'est qu'une sonde à demeure avec une incision périnéale en plus et l'effet n'est pas plus durable (16).

(b) *Section des obstacles à la miction par voie uréthrale.*— Prostatotomie.

Mercier inventa un sécateur pour diviser, par la voie uréthrale, les obstacles qui siégaient au col de la vessie, les accidents d'infection et d'hémorrhagie le firent abandonner. Cependant le principe a subsisté. Ainsi Bottini inventa un prostatotome galvanique pour opérer par la voie uréthrale.

Modifié par Freudenberg, cet instrument a été employé un

grand nombre de fois avec beaucoup de satisfaction. Le but est de détruire partiellement le lobe au moyen d'un galvano-cautère ayant plus ou moins la forme d'un lithotrite. L'instrument fut introduit en 1872, mais ce n'est que depuis 4 ou 5 ans que son emploi s'est généralisé,

L'opération de Bottini est courte, suivie de peu de shock, ne demande pas l'anesthésie générale, la convalescence est rapide et 50°/₀ des opérés sont guéris. Il y a récidive une fois sur douze opérations (17).

Freudenberg rapporte 683 opérations, résultat nul dans 6.5°/₀ des cas, plus ou moins d'amélioration dans 88 o/o ; sur ces 88 les deux tiers sont guéris et les autres un peu améliorés (18).

L'opération donne des succès à toutes les périodes du prostatisme, et, ce qui est singulier, c'est qu'elle semble donner de meilleurs résultats dans les rétentions chroniques complètes que dans les rétentions chroniques incomplètes (19).

La mortalité (55°/₀ (20) Horivity, 10°/₀ Albarran) est peu considérable comparée à celle de la castration.

Comme accidents, il peut y avoir de l'hémorrhagie immédiatement après l'opération ou après la chute des escharres, des abcès ou même de la septicémie.

Section des obstacles par la voie périnéale : Prostatomie périnéale. La prostatotomie périnéale, proposée par Guthrie en 1842, consiste dans une incision périnéale de l'urèthre et de l'obstacle prostatique avec le bistouri comme le fait Harrison, avec le galvano-cautère comme le veut Wishard ou avec le thermocautère que Belfield préfère. C'est une opération qui assure un bon drainage de la vessie, mais qui est plus longue et plus grave que le Bottini, exigeant de plus l'anesthésie générale.

L'effet de ces différents procédés de prostatotomie n'est pas toujours durable.

La Prostatectomie

Préconisée d'abord entre 1880 et 1890, elle fut délaissée durant quelques années pendant que les opérations sur le testicule et l'appareil testiculaire avaient la vogue, aujourd'hui elle se pratique partout et de plus en plus. La prostatectomie est l'enlèvement de la prostate. Elle est partielle ou totale. Elle se pratique par la voie hypogastrique, par la voie périnéale ou par les deux à la fois.

Prostatectomie par la voie sus-pubienne: La voie sus-pubienne convient surtout pour l'extirpation des parties de la glande qui font saillie dans la vessie et empêchent l'évacuation. Elle peut servir aussi pour l'enlèvement complet de la glande.

On fait la taille sus-pubienne et, après examen de la vessie, si on trouve une tumeur pédiculée on l'enlève d'un coup de ciseaux ou par la torsion. Si c'est une excroissance sessile sur une des lèvres du col deux coups de ciseaux en V en font l'ablation. Quand la prostate hypertrophiée fait un bourrelet autour de l'extrémité vésicale de l'urèthre et proémine dans la vessie, une section en coin, sur la lèvre postérieure de ce bourrelet, lève l'obstacle. Quand les lobes latéraux font saillie dans le réservoir de l'urine, on incise la muqueuse au sommet de la tumeur, on la dissèque un peu de chaque côté et on peut alors énucléer, avec le doigt, les masses hypertrophiées. Il faut, avant de terminer, explorer l'urèthre avec le doigt pour s'assurer que le canal est libre.

Si la vessie est aseptique elle peut être fermée en laissant une sonde dans l'urèthre ; sinon il faut faire le drainage hypogastrique par les tubes Guyon-Perier.

L'hémorrhagie est généralement peu considérable et est arrêtée par des irrigations chaudes, par le tamponnement pendant

quelques minutes, par la suture ou par un tamponnement méthodique autour des drains.

La mortalitée, jusqu'ici, a été assez considérable 10 à 12 0/0 car, la plupart du temps, l'opération a été faite en dernier ressort et les malades n'étaient pas en état de la supporter. Mais, sur des sujets aseptiques, exempts d'affection rénale, la mortalité devra être peu considérable. C'est une opération présentant très peu de gravité quand il s'agit simplement d'enlever une petite tumeur pédiculée ou même sessile par 1 ou 2 coups de ciseaux. Mais quand il faut énucléer des masses considérables dans les lobes latéraux, laissant dans la périnée une cavité impossible à drainer, c'est plus sérieux et dans ces cas on doit faire une boutonnière périnéale pour le drainage. Malgré ce qu'en dit Albarran (21) cette opération a beaucoup de vogne surtout en Angleterre et aux Etats-Unis.

Résultats.—Au Congrès international de 1901, sur 31 opérations rapportées par Desnos il y a eu 3 morts, résultats nuls ou mal connus. 4 aggravations. 4 améliorations ou guérisons. 20.

Il peut y avoir récidive.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

1896 janvier 8—I. I. 80 ans. Sondé pour rétention aigue il y a deux jours, ne peut uriner car la vessie est pleine de caillots. Après avoir essayé sans succès d'empêcher l'hémorrhagie, je lui fis une cystotomie sus-pubienne. Je constate alors la présence d'une petite tumeur prostatique, pédiculée, implantée sur la lèvre postérieure du col. Je l'enlèvai par torsion. Le malade anémié et infecté, mourut au bout de 7 jours.

1896—Le 8 janvier je fus appelé auprès de P. V. âgé de 59 ans, qui, 4 jours auparavant, avait été sondé pour une rétention aigue. Il avait saigné depuis et sa vessie était pleine de caillots. Après avoir essayé en vain d'assurer l'évacuation fa-

cile du réservoir urinaire, je fis, le 12 janvier, une cystotomie sus-pubienne et découvris une saillie prostatique médiane dont le pédicule, large de ½ pouce, était implanté sur la lèvre postérieure du col. Après avoir incisé la muqueuse autour du point d'implantation j'enlevai par torsion l'excroissance, et suturai la muqueuse, puis je fermai la vessie autour des tubes Guyon Perier. La guérison se fit sans incident. Revu ces jours derniers, le malade me dit, qu'il ne se sonde que rarement et alors qu'il aura été obligé de se retenir trop longtemps d'uriner. Il urine 3 fois la nuit et n'a jamais d'hématurie.

F. A.—Cultivateur, 56 ans, marié. Se présente à l'Hôtel-Dieu en mai 1902, se plaignant de douleurs très fortes dans le bas ventre avec irradiations du côté de la verge. Il y a 40 mois il fit, sans cause connue, une rétention qui l'obligea à se sonder pendant 5 à 6 jours. Depuis lors il souffre. Le moindre mouvement provoque des douleurs intolérables. Les mictions sont fréquentes, toutes les 15 minutes, et sont brusquement interrompues quelquefois. Les urines contiennent du sang et du pus. Il passe quelquefois de petits calculs. La vessie est très intolérante et contient un calcul volumineux. La digestion est mauvaise. Le malade a eu des frissons et de la fièvre. Sa température varie entre 95.5 et 101 Fah.. Les vaisseaux sont athéromateux et son pouls est misérable.—*Diagnostic :* hypertrophie prostatique et calcul vésical.

9 mai, Opération—Anesthésie par chloroforme, bien supportée.

Tentatives de lithotritie mais impossible de vérifier les prises.

Lithotomie sus-pubienne. Le calcul, d'un volume considérable, était fixé entre une tumeur de la grosseur d'un oeuf de poule formée par le lobe droit de la prostate hypertrophiée et la paroi postérieure de la vessie contractée dessus. Section de

la muqueuse au sommet de la tumeur, énucléation, avec les doigts, de celle-ci et d'une autre plus petite du côté opposé. Pas de sutures—Tubes Guyon Périer et sonde à demeure.

Après l'opération température audessous de la normale—Mort dans 36 heures.

J'aurais dû simplement enlever la pierre d'abord et faire plus tard la prostatectomie.

PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE

La prostatectomie périnéale est partielle ou totale ; se fait avec ou sans ouverture de l'urèthre et de la vessie par le périnée.

Prostatectomie périnéale sans ouverture de la vessie ni de l'urèthre.

Procédé de Dittel (22).—Incision antéro-postérieure à gauche de l'anus, courbe à concavité interne, commençant au milieu du raphé périnéal et se terminant au sommet du cocyx. Le rectum est poussé en arrière et à droite, la face postérieure de la prostate est exposée et dans chaque lobe latéral un coin de tissu prostatique est enlevé. Ce procédé donne trop peu de jour.

Procédé de Nichol :—D'après ce procédé l'opération se fait par les voies hypogastrique et périnéale sans ouvrir le périnée ni la vessie ni l'urèthre. L'opération de Nichol est pratiquée comme suit : Cystotomie sus-pubienne, incision médiane du raphé perinéal, séparation du rectum de la prostate, incision de la capsule prostatique, énucléation de la glande avec les doigts de la main droite ou les pinces tandis que les doigts de la main gauche, dans la vessie, refoulent la prostate vers le périnée.

Albarran fait la même opération avec les modifications suivantes : Au périnée il fait l'incision de Proust et enlève la glande par morcellement au moyen d'une pince coupante de son invention (23).

Procédé de Beaudet :—Incision médiane du raphé. L'extrémité postérieure de cette incision se bifurque, les deux branches se portant en arrière et en dehors vers les ischions. La prostate étant exposée, sa capsule est incisée sur la ligne médiane et relevée de chaque côté. La glande est divisée dans le même sens et les deux moitiés enlevées par morcellement.

Ces opérations sont des prostatectomies partielles sous-capsulaires et sont peu graves si les malades ne sont pas trop infectés.

Prédal dit que dans les cas de survie un résultat favorable petit ou grand a été atteint dans les 53 cas qu'il a relevés (24).

Prostatectomie périnéale avec ouverture de l'urèthre :—Prostatectomie totale.

Procédé de Gosset et Proust (25) : Une mèche de gaze dans le rectum, un cathéter métallique dans la vessie, incision transversale du périnée en avant de l'anus, cette incision s'étend d'une tubérosité ischiatique à l'autre et est courbe à concavité postérieure. Incision latérale s'étendant de l'extrémité gauche de la première au coccyx, concave en dedans et passant à gauche de l'anus.

Division de la peau et du fascia superficiel puis, dans l'incision antéro-postérieure, séparation de la partie latérale du rectum de la graisse qui emplit la fosse ischio-rectale ; dans l'incision prérectale le bulbe est découvert, isolé et tenu en avant. Le rectum est poussé en arrière. Arrivé au bec de la prostate il y a un plan de clivage qui permet facilement de séparer cet organe du rectum. Cette séparation doit être effectuée aussi haut que possible: Alors une valve vaginale est introduite pour protéger l'intestin et le tenir en arrière. Pour faciliter cette manœuvre un coup de ciseaux est donné dans les fibres antérieures du releveur de l'anus de chaque côté. Alors, en incisant la capsule celluleuse

de la prostate sur la ligne médiane postérieure on peut facilement énucléer celle-ci.

Si on veut faire une résection partielle on peut, comme Dittel, réséquer un coin dans chaque lobe latéral, sans ouvrir l'urèthre.

S'il s'agit de l'ablation totale de la glande il faut en faire une hémisection postérieure et en même temps inciser l'urèthre prostatique, saisir chaque moitié avec une pince à griffes et en faire la résection, fermer ensuite la vessie et l'urèthre sur une sonde à demeure, suturer le reste de la plaie en y laissant un petit drain pour le cas où la suture de la vessie ou de l'urèthre cèderait."

Gravité.—Dans les *Hunterian lectures*, 1892, Moulin rapporte 94 cas de prostatectomie sus-pubienne avec une mortalité de 20 pour cent. Il fait remarquer que dans les premiers 47 cas la mortalité était de 25 o/o tandis qu'elle ne fut que de 15 o/o dans les 47 derniers. Il prédit [illegible] méthodes perfectionnées, entre les mains de chi[illegible] faire l'opération la mortalité diminuera considérablement. En effet, (en 1902), Albarran (26) dit que la prostatectomie [illegible] est une opération peu grave et il rapporte 35 prostatectomies périnéales pratiquées sur des malades pris au hasard de la série, sans choix, tous infectés et dont l'âge moyen était 63 ans. Un seul est mort 5 semaines après l'opération. La mortalité a donc été de 28 o/o ; 31 de ces cas ont pu être suivis ; sur ce nombre il y avait 28 guérisons complètes et 2 grandes améliorations.

Observations Personnelles

F. P. est un tout petit homme de 67 ans, journalier, marié depuis 37 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 7 janvier 1902 pour une rétention incomplète aiguë. *Antécédents* : Avait eu 2 gonorrhées dans sa jeunesse. Depuis dix ans, il avait des troubles urinaires

sans cependant en souffrir beaucoup. Il urinait une fois la nuit et plusieurs fois le matin. Quand il se retenait longtemps, le début de la miction était difficile, il y avait retard dans l'arrivée de l'urine au méat. Le 1er janvier 1902, sans aucune cause connue, il se trouva dans l'impossibilité de vider sa vessie, on le sonda et il n'a pu uriner seul depuis. A son arrivée il urinait par regorgement et la vessie était infectée.

Après y avoir passé 17 jours il sort de l'hôpital où il a appris à se sonder, sa vessie était à peu près à l'état normal. Onze jours plus tard, le 4 février, il revenait à l'Hôtel-Dieu, son cathéter cassé dans l'urèthre, la vessie très infectée et ne pouvant plus se cathétériser. Les sondages réguliers, le nettoyage à l'eau boratée, les injections nitratées triomphèrent de l'infection, mais le malade restait toujours rétentionniste et était incapable de se sonder. Il accepta la Prostatectomie que je fis le 22 février.

Anesthésie au chloroforme. Opération de Gosset et de Proust telle que décrite plus haut. Il y avait un petit abcès dans le lobe droit de la Prostate.

Un doigt passé dans la vessie par l'ouverture de l'urèthre facilita beaucoup l'enlèvement des parties postérieures des lobes latéraux qui faisaient saillie dans le réservoir urinaire, ainsi qu'une excroissance en croupion du lobe moyen. Le diamètre transverse du détroit inférieur étant très court le champ était retréci et rendait difficile la suture de l'urèthre, que je laissai ouvert. Après avoir mis une sonde Pezzer dans la vessie et un gros drain dans le périnée je fermai un peu ce dernier.

Le 3 Mars l'urine était normale. Le 20, la sonde à demeure est enlevée mais est remise quatre jours plus tard à cause d'une fistule urinaire. Le 15 mai, la fistule est guérie et le malade urine seul. Revu le 25 juin il est parfaitement bien et la miction est normale.

Sur 100 hommes ayant dépassé 55 ans, 34 ont une hypertrophie plus ou moins considérable de la prostate. Parmi ces 34 il y en a 18 qui n'en souffrent point, qui n'ont pas de symptômes cliniques. Pour les autres au nombre de 16, la prostate hypertrophiée est un néoplasme, une tumeur, qui produit, à cause de son volume, de sa position ou de la manière dont elle se développe, des symptômes urinaires qui amènent la mort dans un temps plus ou moins long, après des souffrances considérables.

De plus, sur 100 *prostatiques*, 14 fois l'hypertrophie est due à une néoplasie épithéliale de nature maligne qu'il n'y a aucun moyen de distinguer des autres hypertrophies prostatiques ni par les symptômes fonctionnels ni par les signes physiques (27). Il est évident que cette tumeur, cause efficiente du prostatisme, doit subir le même sort que les néoplasmes incommodes qu'on rencontre ailleurs, c'est-à-dire l'ablation ; nous ne sommes pas habitués à envisager le traitement de l'hypertrophie prostatique de cette manière. Cela n'est pas encore entré dans nos mœurs mais cela viendra. Il y a 15 ans nous n'avions pas non plus l'habitude d'opérer les cas de typhlite et de pérityphlite, cependant aujourd'hui sous le nom d'appendicite, ces cas donnent lieu à grand nombre d'interventions et on recommande même de les opérer tous. Est-ce à dire qu'il faille opérer tous les prostatiques ? certainement non. Ainsi on n'opèrera pas :

1° Ceux dont l'hypertrophie ne produit aucun symptôme.

2° Ceux qui sont à la période prémonitoire ou première période.

3° Ceux dont l'état général est trop grave pour leur permettre d'endurer une intervention sérieuse. A ces derniers on pourra quelquefois suggérer un Bottini.

A tous les autres prostatiques on proposera une prostatectomie. Il faut opérer le plus tôt possible et ne pas attendre que le malade soit mourant pour intervenir.

1. Albarran in Le Deutre : *Tr de chir.* IX p. 605.
2. Velpeau : *Leçon de clin.* 1841 p. 478.
3. Le Deutre : *Tr de chir.* IX p. 670.
4. Albarran et Motz : *Ann. des Mal. gen. urin.* 1898 p. 41.
5. Albar. et Motz : *Annales gen. urin.* 1898 p. 62.
6. Desnos : *Traité Mod. de l'Hyp. prost.* p. 37.
7. Carlier : *Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 769.
8. Desnos : *Loc. Cit.* p. 22.
9. Albar. et Motz :—*Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 245.
10. Carlier : *Ann. Gen. Urin.* 1900 p. 69.
11. Albar. et Motz :—*Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 265.
12. Desnos : *Loc. Cit.* p. 23.
13. *Ann. Gen. Urin.* 1893 p. 934—1895 p. 161 Desnos : *Loc. Cit.* p. 13.
14. *Ann. Gen Urin.*, 1900 p. 969.
15. Desnos : *Loc. Cit.* p. 13.
16. *Ann. Gen. Urin.* 1898 p. 71.
17. *American Medecine* II p. 562.
18. *Americ. Med.* II p. 650.
19. *Le Deutre* : *In. de chir.* IX p. 655
20. *Americ. Med.* II p. 650.
21. La *Presse Médicale* 1902.
22. Moullin : *Enlarge of Prostates* p. 132
23. Le Deutre : *In. de chir.* IX p. 660.
24. Desnos : *Loc. Cit.* p. 31.
25. *Ann. Gen. Urin.* 1900 p. 35.
56. La *Presse Médicale* 1900 p. 496.
27. Albarran et Hallé—*Ann. Gen. Urini.* 1900 p. 134.



VARIÉTÉ SPECIALE DES CHOLÉCYSTITES AIGUES SUPPURÉES, LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par A. MARIEN

Agrégé Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal

J'ai voulu, en faisant cette communication, attirer l'attention sur une variété encore assez peu définie, de cholécystites aigues suppurées, calculeuses ou non calculeuses, survenant brusquement chez les malades qui sont à leur première attaque et qui n'ont jamais présenté de symptômes de lithiase biliaire, jamais de coliques hépatiques, jamais d'ictère, jamais d'évacuation de calculs biliaires par l'intestin.

Comme depuis deux ans, sur un total de douze interventions chirurgicales pratiquées sur les voies biliaires, j'ai eu l'occasion d'observer six cas de ces cholécystites aiguës ; comme il s'agissait, dans tous ces cas, de personnes qui n'avaient jamais souffert, *à leur connaissance*, de troubles antérieurs du foie ou des voies biliaires, j'ai été frappé de la particularité et de la fréquence de cette affection, de même que de la *série* assez importante que j'ai eue à étudier. Les difficultés du diagnostic, les phénomènes graves constatés chez ces malades, les bons effets que j'ai obtenus du traitement chirurgical fait en temps et lieu, méritent, je crois, d'attirer votre attention.

D'autre part, au point de vue chirurgical, de même qu'au point de vue anatomo-pathologique, les caractères de ressemblance de cette maladie, avec ceux de l'appendicite, les rapports de physionomie et de forme des symptômes en font une affection aussi intéressante que l'appendicite aiguë et qui mérite que l'on s'occupe d'elle au même titre.

Les cas de lithiase biliaire, qui sont des *trouvailles* d'autop-

sie et qui ne se traduisent, pendant la vie, par aucun symptôme, sont très nombreux. Ils restent d'ordinaire dans le domaine de la médecine, et c'est ainsi que des malades, porteurs de nombreux et volumineux calculs, peuvent n'accuser qu'une simple colique hépatique, quelques rares vomissements mis sur le compte d'une indigestion, de l'ictère plus ou moins intense, voire même de l'évacuation de calculs par l'intestin, et continuer à vivre paisiblement et à se porter très bien. Dans ces conditions, la maladie passe souvent inaperçue et le chirurgien n'a rien à faire.

Ce sont les *complications seules* de la lithiase biliaire qui peuvent rendre l'intervention chirurgicale nécessaire.

Ces complications, dont les symptômes et les manifestations ont été bien étudiés et qui sont aujourd'hui bien connues, peuvent être rapportées à deux causes principales.

La première, c'est *l'infection* des voies biliaires, la deuxième, c'est *l'obstruction* des voies biliaires, soit par un ou plusieurs calculs, soit par un néoplasme des canaux hépatiques ou de l'intestin, à l'ampoule de Vater.

Les accidents inflammatoires aigüs seuls, dus à l'infection des voies biliaires, feront uniquement le sujet de ma communication, car, dans ces conditions, la lithiase biliaire passe au second plan, attendu que l'on peut assister à des phénomènes absolument analogues, sans qu'il y ait le moindre calcul. Je laisse donc de côté les accidents qui viennent compliquer la lithiase et qui sont consécutifs à l'arrêt du calcul en un point quelconque de sa migration.

Je laisse également de côté les accidents inflammatoires dus à la cholécystite chronique par rétention biliaire, et qui se présentent avec de l'ictère, des attaques répétées de coliques hépatiques, de la décoloration des selles, etc., pour ne m'occuper que de la *cholécystite* et de *l'angiocholécystite aiguës.*

—Il y a quelques années à peine, l'intervention chirurgicale, dans les cholécystites et les angiocholécystites infectieuses, était inconnue.

Depuis le mémoire de Netter et Mantha, l'étude bactériologique de cette affection a été sérieusement entreprise, et c'est cette étude bactériologique seule qui pouvait jeter quelque clarté dans cette question jusqu'alors obscure, et si la lumière est à peu près faite aujourd'hui, c'est à la microbiologie que nous en sommes redevables.

Duclaux, Netter, démontrèrent que divers microbes habitent normalement l'ampoule de Vater. Depuis cette époque et surtout depuis 1890, après l'importante communication de Gilbert et Girode à la Société Anatomique, les travaux se sont multipliés. Plusieurs thèses, l'intéressante communication de Terrier au Congrès de chirurgie, divers rapports faits à la Société de Chirurgie de Paris, sont des documents assez nombreux pour démontrer que dans une foule de cas l'infection des voies biliaires doit prendre place au rang des affections chirurgicales, au même titre que celle des autres organes.

Tout récemment, dans ses magnifiques leçons de Clinique Chirurgicale, mon maître Leguen consacra un chapitre à la cholécystite aigue.

L'on sait que les voies biliaires, de même que les voies urinaires et l'appendice sont aseptiques, à l'état normal. Leur envahissement par les microbes pathogènes est à peu près identique et les inflammations et suppurations qui en résultent, offrent les mêmes caractères. Si l'on recherche les causes et le mécanisme de ces infections, l'on voit qu'il y a de l'analogie, de la similitude dans leurs processus. Par exemple, l'infection de l'appendice et des canaux biliaires provoquée par le voisinage de l'intestin infecté peut avoir une même pathogénie ; l'infection ascendante des voies urinaires, qui s'étend de l'urètre jus-

qu'au rein, ressemble absolument à l'infection biliaire, qui, partie de l'ampoule de Vater, peut remonter jusqu'à l'origine des canaux biliaires, au niveau du lobule hépatique. Enfin la présence de calculs, soit dans la vessie soit dans l'appendice, soit dans la vésicule, donne lieu aux mêmes phénomènes, à savoir l'inflammation et la suppuration.

Pour les voies biliaires, les sources d'infection sont nombreuses, et les menaces constantes. Le tube intestinal, et en particulier le duodénum, est un milieu fertile en microbes pathogènes. Dans le cours d'autres maladies infectieuses, des microbes d'espèces différentes peuvent aussi envahir le territoire du foie et des voies biliaires.

Enfin la formation récente ou ancienne de calculs dans les canaux hépatiques, la vésicule biliaire, le canal cholédoque jouent un grand rôle dans la génèse des cholécystites suppurées; l'arrêt ou même le ralentissement du cours de la bile détermine, dans tout l'arbre hépatique, des conditions favorables à l'infection.

Les conditions d'âge et de sexe semblent jouer un rôle assez important dans l'étiologie de cette affection ; en effet, les malades que j'ai opérées sont toutes des femmes âgées de 25 à 50 ans. Ce sont des femmes qui ont eu plusieurs accouchements et qui ont, dans leur dossier pathologique, plus d'une infection à leur crédit.

Au point de vue clinique, dans les six cas que j'ai observés, le diagnostic présentait de réelles difficultés, surtout parce que les symptômes et les signes classiques de l'infection biliaire faisaient à peu près défaut.

Ces malades n'avaient jamais présenté d'ictère à aucun dégré, elles n'avaient jamais eu de coliques hépatiques, jamais de selles décolorées, jamais d'urine teintée ; elles étaient à leur première attaque.

Voici, en résumé, leur histoire. A la suite d'une indigestion ou d'un écart de régime, elles ont d'abord ressenti les phénomènes caractéristiques qui accompagnent toute affection générale, et qui se manifestent par un sentiment de lassitude générale, de la céphalagie, de la courbature et des troubles digestifs, diarrhée et vomissements ; puis brusquement la fièvre éclate avec fracas, elle prend une allure spéciale et se déroule en un tableau clinique assez identique à celui d'une infection aigüe grave, et en particulier à celui de l'accès de fièvre, qui accompagne l'appendicite aigüe, la température monte à 103° ou 104°. L'accès débute presque toujours par un grand frisson qui peut secouer le malade des pieds à la tête, ses dents claquent, sa figure se congestionne, sa peau devient brûlante et sèche, la respiration est hâletante, le pouls est rapide et dur, il bat de 120 à 130 pulsations à la minute. Enfin une douleur violente siège dans tout le côté droit de l'abdomen, à partir du rebord des côtes jusque dans la fosse iliaque droite. La crise, qui dure des heures, peut se calmer au milieu de sueurs profuses pour se répéter à nouveau, douze, vingt-quatre ou trente-six heures plus tard. Mais, malgré cette accalmie, la température reste toujours très élevée, 102° le matin, 104° le soir, le pouls se maintient toujours rapide, vers 120 pulsations à la minute.

Dans ce tableau pathologique, le phénomène le plus important est assurément le symptôme *douleur*.

C'est son analyse, son étude qui permettront de préciser le diagnostic. En effet, dans l'éclosion de l'infection, les malades accusent de la sensibilité dans le flanc droit Cette sensibilité qui persiste longtemps, très longtemps, même lorsque les autres accidents infectieux sont calmés, que la température est tombée et que le pouls bat au-dessous de cent, s'exagère parfois très violemment, au moment des crises ; elle est dans certains cas assez intense pour nécessiter une injection de morphine, cela ressem-

ble à une crise de colique appendiculaire, c'est une véritable crise de *colique vésiculaire*. Cette crise douloureuse peut exister chez des malades qui n'ont pas de calculs, je l'ai constatée plusieurs fois chez une de mes opérées qui avait une cholécystite suppurée *sans calculs* ; toutes les autres malades avaient des vésicules bourrées de calculs.

Il existe, comme dans l'appendicite, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée dans tout le flanc droit, à partir du rebord costal jusque dans la partie inférieure de la fosse iliaque. La douleur s'irradie même parfois en arrière dans la région rénale, jusque dans l'angle costo-iliaque. Mais il est difficile d'en établir le siège et de le localiser avec précision, parceque l'exploration est pénible et rendue très difficile à cause de la rigidité et de la sensibilité de la paroi.

Ces divers signes sont évidemment assez caractéristiques et assez importants pour attirer l'attention sur ce côté droit du territoire abdominal ; il n'y a pas de doute, en présence de ces phénomènes, qu'il se fait une infection dans la région et qu'un foyer purulent est en train de s'organiser.

Mais les réelles difficultés du diagnostic résident dans la recherche du foyer infectieux et dans la découverte de l'organe atteint.

En effet, il n'y a pas d'antécédents, pas d'histoire de la maladie pour aider à éclaircir le diagnostic. C'est une première attaque qui éclate brusquement.

La palpation, même sous chloroforme, ne donne souvent pas grande chose, surtout chez les personnes grasses, car dans quelques cas la vésicule atrophiée, ratatinée, est inaccessible, elle est cachée sous l'épiploon ou le gros intestin.

Il est cependant des malades chez qui les signes physiques fournis par la palpation peuvent prendre une grande importance.

C'est lorsque la vésicule est distendue, largement augmentée de volume et qu'elle est remplie de calculs et de pus ; la vésicule peut alors former une grosse tumeur et descendre plus bas que l'ombilic. Chez une de mes malades, elle était énorme et contenait 85 calculs, de la grosseur d'une noisette.

Dans ces cas, le diagnostic est plus facile ; l'intensité des phénomènes fébriles, qui coïncident avec une tuméfaction douloureuse au niveau de l'hypocondre droit, doit faire songer immédiatement à une cholécystite suppurée, surtout lorsque la tumeur est sous-péritonéale, qu'elle est haut située, en avant, presque sous le muscle grand droit, et qu'elle est continue vers le foie.

Il n'en est pas de même, lorsque la vésicule est inaccessible et que la palpation ne permet pas de localiser le foyer d'infection.

Dans ces circonstances, la cholécystite peut être assez facilement confondue avec une péritonite aiguë, une appendicite aiguë à *type remontant*, un abcès périnéphrétique ou hépatique, un abcès de la tête du pancréas, un kyste hydatique suppuré, voire même avec la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Pour les infections aiguës des voies biliaires, comme pour bien d'autres d'ailleurs, la meilleure façon de les reconnaître, c'est encore d'y songer.

Cependant, si l'attention est attirée sur elles, l'on devra rechercher et analyser avec soin les signes que pourra fournir le symptôme *douleur*. Si l'on étudie attentivement, au moyen de la palpation et de la percussion, on aura bien des chances de localiser son maximum d'intensité au niveau de la vésicule biliaire et de reconnaître le cholécystite infectieuse, lorsque toutefois le diagnostic de cette affection est matériellement possible.

—Le traitement médical reste impuissant en présence de ces infections graves, car si les malades ont le bonheur de se défendre contre les premiers accès, ils restent, des mois, impotents et exposés à de fréquentes récidives.

Au lieu de temporiser et de perdre parfois un temps précieux, il n'y a qu'un moyen vraiment rationnel de combattre l'affection, c'est l'intervention chirurgicale, qui est non seulement autorisée comme dans l'appendicite, mais qui reste encore la seule et suprême ressource.

Dans les cholécystites comme dans les angiocholécystites, l'opportunité de l'intervention chirurgicale est aujourd'hui nettement posée en principe. La laparatomie suivie de l'abouchement de la vésicule à la peau, la *cholécystostomie*, en un mot permet, dit le Professeur Terrier, "de donner une issue facile à la bile septique que renferment les voies biliaires et qui intoxique l'économie, de se rendre un compte exact de l'état des voies biliaires accessoires, d'explorer les voies biliaires principales.

" De plus, l'issue de cette bile toxique détermine, d'une façon en quelque sorte indirecte et mécanique, la désinfection des voies biliaires et cela beaucoup mieux que les prétendus traitements médicaux, trop souvent nuisibles."

Lorsque les voies biliaires sont infectées et obstruées, la bile est retenue dans les vaisseaux intra et extrahépatiques comme dans une cavité close où pullulent et foisonnent les microbes. L'opération la plus rationnelle est de donner issue à la bile et de débarrasser l'économie des agents infectieux qu'elle renferme et des toxines qu'ils élaborent.

Les infections biliaires non calculeuses sont évidemment moins fréquentes que les calculeuses, car, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de cholécystites venant compliquer la

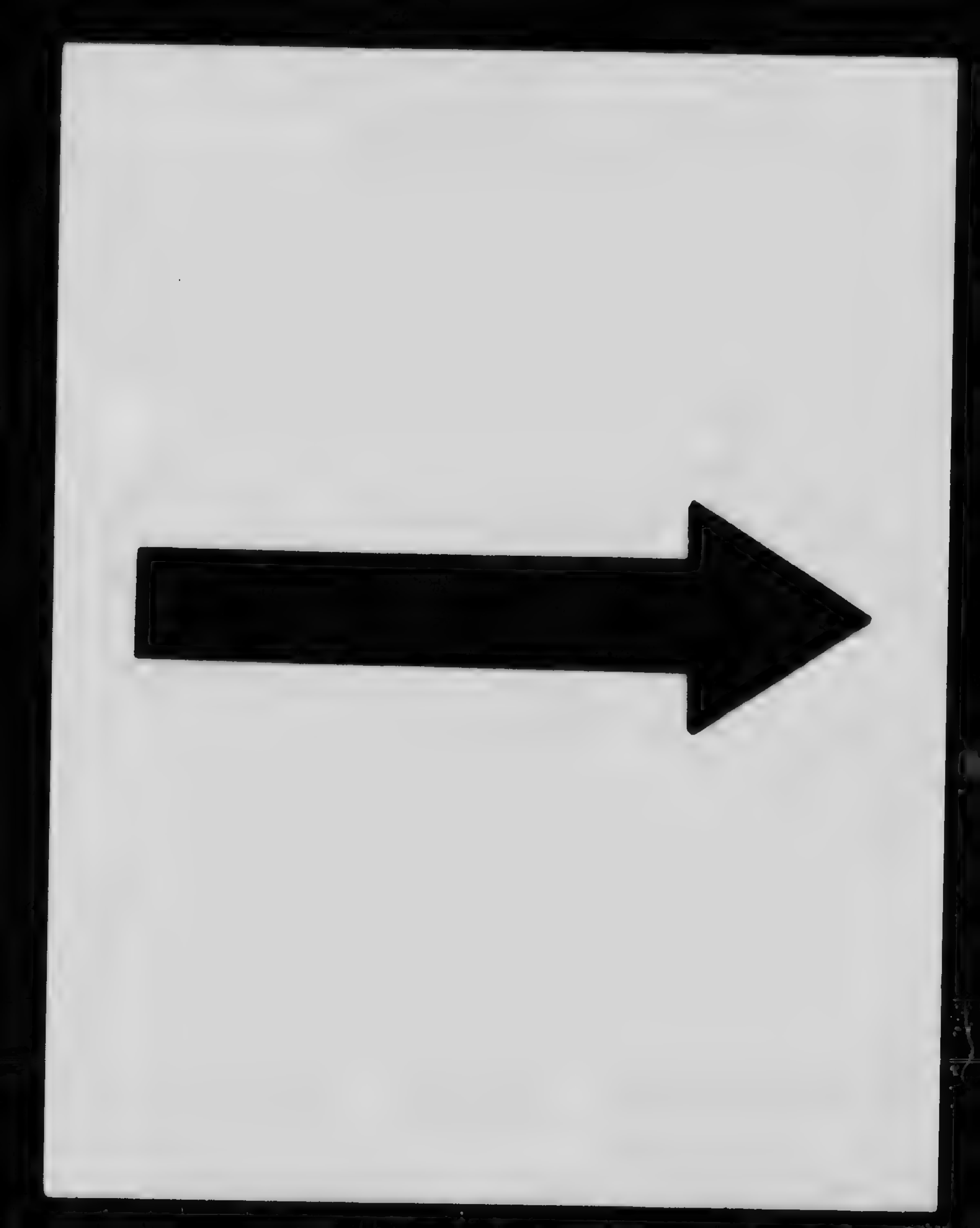
lithiase. Mais dans tous ces cas, à moins de complications graves et de contre-indications sérieuses tirées de l'état du malade, il n'y a pas à hésiter et il faut suivre le conseil de Terrier : " Dans le cas, dit-il, où les voies biliaires directes ou indirectes, renfermant ou non des calculs, sont le siège d'inflammation déterminant des accidents fébriles intenses, continus ou avec des exacerbations, il est absolument indiqué d'intervenir chirurgicalement, de pratiquer une laparatomie. " Celle-ci doit avoir pour but final d'ouvrir la vésicule biliaire et de tenir cette ouverture béante, en un mot de pratiquer une cholécystostomie.

Tout dernièrement, à la Société Médicale de Montréal, O.-F. Mercier a rapporté un cas de cholécystite calculeuse, dans lequel il a obtenu un succès remarquable.

J'ai eu pour ma part l'occasion d'opérer avec le Dr Merrill, six malades depuis deux ans, et j'ai obtenu cinq guérisons complètes. Quelques-unes de mes malades ont conservé leur fistule biliaire durant quelques mois. Mais ces fistules, qui, en somme, offrent bien peu d'inconvénients, ont fini par guérir radicalement au moyen de cautérisation et de pansements méthodiquement faits.

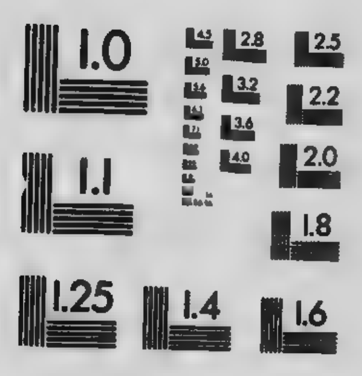
Nous avons perdu une malade, chez qui les accidents d'une infection exeessivement grave n'ont pu être combattus par la cholécystostomie. Il s'agissait d'une malade traitée, depuis huit jours, pour une fièvre typhoïde et qui avait une volumineuse vésicule biliaire remplie de gros calculs et d'environ deux cents grammes de pus. L'opération a été pratiquée d'urgence chez cette malade qui avait 105° de température et un pouls de 140°; le foie était très congestionné et très hypertrophié. Il existait une angiocholécystite généralisée aux mille branches des canaux et canalicules biliaires.

La *cholécystostomie* doit être en un mot l'opération de choix



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





APPLIED IMAGE Inc

1653 East Main Street
Rochester, New York 14609 USA
(716) 482 - 0300 - Phone
(716) 288 - 5989 - Fax

et la *cholécystostomie*, ne peut être qu'une opération d'exception. Car il faut se rappeler que l'on opère dans un milieu infecté et qu'il vaut mieux faire vite et bien une opération facile qui assure le drainage, que de tenter une opération longue, laborieuse et difficile.

OBSERVATION I.—Le 28 juillet 1901, vers minuit, je suis appelé en consultation auprès de Mme D., âgée de 33 ans. C'est une femme très grasse et d'un état de santé apparente magnifique. Elle a eu cinq enfants et deux ou trois fausses-couches; il y a huit ans elle fut laparatomisée pour une annexite gauche; pas de passé hépatique ou biliaire; à la suite d'un copieux diner au champagne, indigestion, vomissements, diarrhée; elle souffre toute la journée de ces troubles digestifs et le soir apparait une violente douleur dans tout le côté droit. A minuit sa température est de 104°, son pouls bat à 180 pulsations. Aspect général d'une infectiou grave avec douleur vive et défense musculaire dans tout le flanc droit, depuis le rebord costal jusqu'à 3 à 4 travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le lendemain matin la malade est transportée à l'hôpital. A la suite d'une grosse transpiration, la température baisse et l'état général s'améliore. Jusqu'au 9 août suivant, c'est-à-dire pendant un mois, elle est tenue sous observation quelques jours après son entrée à l'hôpital la température tombe à la normale, le pouls à 80, pour remonter de nouveau par intervalles l'une à 102, l'autre à 120.

Pendant ce temps la sensibilité abdominale reste la même; tout mouvement occasionne de la douleur. A la palpation, même sous chloroforme, il est impossible de sentir quoi que ce soit, La percussion seule permet de localiser le *maximum douloureux* en un point situé sur le bord du muscle grand droit à mi-che-

min entre l'ombilic et le rebord costal ; le foie est aussi douloureux. Le 28, nouvelle crise : température 102°, pouls 120 ; le lendemain, intervention chirurgicale par une laparotomie latérale oblique, incision partant de l'ombilic jusqu'à l'extrémité de la 2e côte. Au-dessous du colon, qui est adhérent au foie, l'on trouve une vésicule épaissie, ratatinée, mais remplie de pus et de calculs. Cholécystostomie et drainage des voies biliaires ; guérison au bout d'un mois. Il persiste une fistule muqueuse qui est fermée au bout de trois mois.

Observation II.—Madame P., âgée de 59 ans, a eu cinq enfants. Elle n'a jamais eu d'ictère, jamais de coliques hépatiques, mais souffre depuis des années de troubles dyspeptiques. Le 17 novembre 1901, à la suite d'une indigestion, elle est prise d'une fièvre violente suivie de frissons avec douleur interne dans tout le flanc droit. L'on croit à une attaque d'appendicite. Elle est transportée à l'hôpital et comme il est possible, malgré une grande défense musculaire, de sentir une masse de la grosseur de *deux poings d'adulte*, l'on pratique, le 20, une chlécystostomie après laparatomie oblique avec drainage. La vésicule biliaire, très distendue et mobile au milieu des intestins, contenait environ 200 grammes de pus et 89 calculs bilaires.

Immédiatement après l'opération la températnre tombe de 101° à 99° puis les jours suivants à la normale.

Les suites opératoires sont très bonnes, et la malade part de l'Hôtel-Dieu, quinze jours après, avec une fistule biliaire qui guérit bientôt spontanément.

Observation III.—Vers les premiers jours d'octobre 1901, Mme H., âgée de 28 ans, présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde,

Mère de cinq enfants, elle n'a jamais souffert de troubles du côté des voies biliaires.

Huit jours après l'éclosion de sa fièvre, comme elle offre des phénomènes très graves du côté droit de son abdomen, elle est transportée d'urgence à l'hôpital soit pour une perforation, soit pour une appendicite.

Le maximum douleur permet de faire une incision latérale haute et de découvrir facilement une grosse vésicule biliaire distendue et remplie de pus et de calculs. Le foie est énorme et très mou. *Cholécystostomie* facile avec drainage. L opération est faite vers huit heures p. m., et la malade meurt à minuit avec une température de 105° et un pouls de 140 à la minute. Température et pouls qu'elle avait avant l'opération.

OBSERVATION IV.—Vers le milieu de janvier 1902, je vais voir à la campagne Madame B., âgée de 25 ans, qui accuse depuis quelques jours, pour la première fois, des phénomènes graves d'infection générale, température 104°, pouls 120; douleur dans le flanc droit avec défense musculaire. Pas d'antécédents hépatiques, pas d'ictère, pas de coliques hépatiques; les urines cependant contiennent des pigments biliaires et les selles sont peu décolorées, maximum de douleur au niveau de la vésicule. Une intervention chirurgicale est proposée, mais n'est pas acceptée. Deux mois plus tard, après des périodes d'accalmie suivies de nouveaux accès, l'opération est réclamée et la *cholécystostomie* pratiquée. Le vésicule, les canaux biliaires, cystique, cholédoque, hépatique, ne contiennent pas de calcul; mais la paroi vésiculaire est épaissie et adhérente à tout le voisinage; elle offre présentement plutôt des phénomènes de péricholécystite chronique, rappelant ceux de l'appendicite chronique: guérison.

OBSERVATIONS V et VI.—Il s'agit de deux malades, âgées

l'une de 40 et l'autre de 45 ans, rencontrées dans les salles de l'hôpital. Après deux ou trois accès de fièvre qui ont duré de 5 à 8 jours, ces malades sont immobilisées au lit depuis des mois avec une douleur et une masse dans le flanc droit. Jamais d'ictère, jamais de coliques hépatiques, jamais de selles décolorées. *Cholécystostomie* avec drainage après extraction des calculs biliaires : guérison.



ANALGÉSIE CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE PAR INJECTION SOUS-ARACHNOÏDIENNE LOMBAIRE DE COCAÏNE

Par M. le Dr A. MAROIS, de Québec.

Depuis une couple d'années l'emploi de la cocaïne, en injection sous-arachnoïdienne lombaire, comme substitut à l'anesthésie générale, dans les opérations qui se pratiquent au-dessous du diaphragme, a attiré l'attention du monde médical. Je crois intéresser les membres du congrès en leur faisant connaître les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu de Québec par cette méthode d'analgésie. Mes observations sont au nombre de cent ; quelques unes sont dues à l'obligeance de mes collègues, les autres me sont personnelles. On attribue généralement à Bier d'avoir le premier, en 1899, préconisé cette méthode,mais dès 1885 Léonard Corning, neuro-pathologiste de New-York, rapporta, dans le New York medical Journal, un cas d'anesthésie complète de la moitié inférieure du corps par injection sous-arachnoidienne de cocaïne. C'est cependant sans contredit à Tuffier, chirurgien de l'Hôpital Beaujon à Paris, que revient le mérite d'avoir rendu pratique ce nouveau mode d'analgésie. Ici en Canada, Monsieur le Dr Ahern a été le premier à employer ce nouveau procédé ; c'est à l'Hôtel-Dieu de Québec que mon collègue et ami a pratiqué avec succès la première injection intra-rachidienne pour la cure chirurgicale de l'appendicite.

Technique opératoire

La méthode que j'ai suivie est celle indiquée par Tuffier

dans la Semaine Médicale du 16 mai 1900 p. 167. Pour pratiquer ces injections je me suis servi d'une seringue stérilisable, de deux centimètres cubes de capacité, l'aiguille a 9 centimètres de longueur et le biseau est taillé court. La solution de cocaïne est au titre de 2 o/o et doit être soigneusement stérilisée. Cette stérilisation est une des difficultés de la méthode. Je fais préparer dans un laboratoire la solution cocaïnique, et chaque dose à injecter est mise dans une ampoule de verre fermée à la lampe, ce qui permet de conserver la solution plus longtemps.

La technique opératoire proprement dite est la suivante: Le malade est assis les bras portés en avant. On aseptise la région lombaire par un savonnage à la brosse et un lavage à l'alcool ou à la solution de bichlorure de mercure au 2000. On localise les points les plus élevés des crêtes iliaques, on les réunit par une ligne transversale. cette ligne correspond à l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire. L'index gauche appliqué sur cette apophyse, on dit au malade de se courber en avant, ce qui a pour effet de produire un écartement de un centimètre et demi entre les lames vertébrales de la vertèbre repérée et de la vertèbre sous-jacente. On dit alors au malade de ne pas bouger, qu'on va le piquer, qu'il sentira peu de chose ; si le malade est trop craintif on peut faire, à l'endroit où l'on doit introduire l'aiguille, une injection de cocaïne, ou mieux, on anesthésie la partie avec du chlorure d'éthyle.

L'aiguille seule, préalablement stérilisée, que l'on saisit entre le pouce et l'index de la main droite, est introduite à un centimètre de la ligne épineuse, un peu en dehors et en bas de l'index qui repère l'apophyse. L'aiguille chemine sans grande résistance à travers la peau et les muscles sacro-lombaires, elle penètre dans l'espace interlamellaire puis dans le canal rachidien à travers le ligament jaune. La sortie goutte à goutte d'un

liquide clair, jaunâtre, liquide céphalo-rachidien, indique que l'aiguille est arrivée dans l'espace sous-arachnoïdien. Si, au lieu d'un liquide clair, l'aiguille laisse écouler du sang ou un liquide teinté de sang, il faut la retirer un peu et généralement le liquide devient clair. Il arrive quelquefois qu'au lieu de pénétrer immédiatement dans le canal rachidien, l'aiguille va buter sur le bord des lamelles, il suffit de changer la direction de la pointe, sans la sortir complètement de la peau, pour obtenir l'écoulement du liquide rachidien.

On conseille, pour ne pas faire varier la pression intra-rachidienne, de laisser écouler autant de gouttes de liquide rachidien que l'on doit injecter de solution de cocaïne. A ce moment la seringue stérilisée, chargée de deux centimètres cubes de solution cocaïnique à 2 o/o, est adaptée à l'aiguille et l'injection est poussée lentement de façon à être complète en une minute. On injecte généralement les 3/4 du contenu de la seringue, ce qui représente 3 centigrammes de cocaïne.

L'injection terminée on retire rapidement l'aiguille et on obture l'orifice de la peau avec du collodion iodoformé, on laisse le malade assis pendant 2 ou 3 minutes et on le met ensuite en position chirurgicale.

On note la minute précise où l'injection est finie et on attend, en posant au malade des questions sur les sensations subjectives qu'il éprouve. Après un laps de temps qui, dans nos observations, a varié, suivant les sujets, entre 4 à 10 minutes. (Pendant ce temps, on procède aux préparatifs de l'opération : savonnage, lavage, asepsie du champ opératoire), le patient accuse des picotements, de l'engourdissement dans les pieds, puis dans les jambes une sensation de lourdeur ; à partir de cet instant, on explore la sensibilité de la région opératoire et on opère.

RÉSULTATS DE L'INJECTION. PHÉNOMÈNES QUI L'ACCOMPAGNENT OU QUI LUI SUCCÈDENT

C'est, avons nous dit. après un laps de temps qui varie entre 4 à 10 minutes que les résultats commencent à se manifester. Le patient accuse des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement dans les pieds, puis dans les jambes. Progressivement la sensibilité à la douleur disparaît, la sensibilité au contact seule persiste. Quelquefois on remarque un tremblement plus ou moins accentué des membres inférieurs.

L'analgésie commence par l'extrémité digitale des membres inférieurs et envahit ensuite, rapidement, les membres inférieurs, le bassin, puis les lombes et la région ombilicale, elle remonte le plus souvent jusqu'au thorax. Cette analgésie est complète, absolue. Au cours de l'opération, les patients interrogés accusent seulement une sensation de contact.

La durée de l'analgésie est en général de une heure à une heure et demie Elle suffit pour les interventions les plus laborieuses.

L'analgésie s'accompagne ou est suivie d'un certain nombre de phénomènes qu'il est important de signaler et d'étudier car on a prétendu qu'ils sont assez pénibles pour qu'on doive leur préferer ceux qui résultent de l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther. Ces phénomènes que l'on rencontre dans à peu près 80 o/o des cas sont : 1° Un léger malaise général. 2° quelquefois des nausées et des vomissements.

Le malaise est caractérisé par un engourdissement des membres inférieurs, par une certaine anxiété respiratoire, par de la pesanteur épigastrique.

Les nausées sont fréquentes et elles sont souvent annoncées par de la pâleur de la face.

Les vomissements peuvent se manifester par exception cinq

minutes après l'injection ; en général, ils apparaissent de la 10e à la 15e minute et se répètent rarement plus de 3 ou 4 fois.

Après l'anesthésie

Pendant la journée qui suit l'opération, les malades sont en général dans un calme complet et l'état dans lequel ils se trouvent ordinairement n'est pas un des résultats les moins intéressants de la méthode. Le seul incident rare est constitué par des vomissements ordinairement peu abondants 4 ou 5 heures après l'anesthésie. Cependant je dois avouer que chez trois de mes malades les vomissements ont été plus persistants.

A la fin de l'après-midi, ou dans la soirée, apparait le symptôme le plus désagréable et le plus fréquent, la *céphalagie*. Elle existe environ dans 40 à 50 o/o des cas.

La *céphalée* post opératoire débute généralement 6 à 8 heures après l'opération, elle occupe la région frontale ou la région occipitale. Elle peut continuer pendant la nuit et en général chez 90 o/o des malades elle a presque disparu le lendemain. Elle persiste cependant quelquefois pendant plusieurs jours.

L'élévation de la température est le seul phénomène remarquable de la période post opératoire, cette élévation n'est pas très considérable 100° ou 101°. Elle se rencontre dans à peu près 45 o/o des cas, et 12 à 14 heures après l'opération la température descend à la normale.

Les causes de ces accidents sont fort obscures. Il ne s'agit pas d'infection ou d'intoxication traumatique ; d'après Tuffier il est probable que la cocaïne agit sur les centres thermogènes de l'économie.

Accidents tardifs : J'ai eu occasion de voir quelques uns de mes opérés après plusieurs mois. pas un n'a présenté un symptôme quelconque, cérébral ou spinal.

DES MOYENS DE REMÉDIER OU PLUTOT DE PRÉVENIR LES DIVERS INCIDENTS QUI ACCOMPAGNENT ET SUIVENT L'ANALGÉSIE.

Les nausées et les vomissements qui sont de beaucoup les symptômes les plus pénibles, d'après mon expérience, sont considérablement diminués ou même prévenus en augmentant la dose de cocaïne injectée. Après l'injection de 3 centigrammes de cocaïne l'opération peut se faire souvent sans que le malade éprouve de nausées ou de vomissements.

La céphalagie devient un symptome négligeable, si, au moment de l'injection rachidienne de cocaïne, on fait, comme l'a indiqué le Dr Stone de New York, une injection hypodermique de 1/200 d'hydrobromate d'hyoscine.

ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

L'emploi de la cocaïne en injection rachidienne est appelé à rendre les plus grands services en obstétrique. Sous son influence les contractions utérines deviennent indolores et ne sont aucunement perçues par la malade dans la première demie heure qui suit l'injection. Après ce temps, à chaque tranchée, la parturiente éprouve dans l'abdomen une sensation de pesanteur qui l'avertit que l'utérus se contracte. Les contractions utérines reviennent à intervalles réguliers, toutes les trois ou quatre minutes.

DOSE.—L'injection d'un centimètre cube d'une solution à 2 0/0 détermine une analgésie complète qui persiste à peu près deux heures. Chez les primipares l'injection doit être faite lorsque la dilatation du col est à peu près complète, chez la multipare au début du travail.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SOUS L'ANALGÉSIE PAR INJECTION INTRA-RACHIDIENNE DE COCAINE

Membre inférieur

PIED :
- Arthrodèse et Anastomose tendineuse pour déviation du pied, 1
- Curettage du pied pour ostéite tuberculeuse, 6.
- Ablation d'épithélioma surface plantaire du pied, 1.
- Résection du gros orteil, gangrène, congélation, 1.

JAMBE :
- Curettage du tibia pour ostéite tuberculeuse et ostéomyelite, 4.
- Amputation des deux jambes, accident de chemin de fer, 1.

GENOU :
- Excision d'hygroma prérotulien, 1.
- Arthrotomie pour synovite fongueuse, 1.

CUISSE :
- Curettage du fémur pour tuberculose et ostéomyélite, 4.

ANUS ET RECTUM :
- Incision et curettage d'abcès tuberculeux de la marge de l'anus, 1.
- Dilatation anale. 6.
- Hémorrhoïdes, excision au thermo-cautère, 12.
- Extirpation du rectum, cancer, 1.

PENIS :
- Amputation de la verge, cancer, 1.
- Urétrotomie interne, rétrécissement, blennorhagie, 3.

VESSIE : Cystotomie suspubienne pour calcul et tumeur, 2.

HERNIE : Cure chirurgicale, 9.

APPENDICITE : Abcès appendiculaire, 4.

ORGANES GENITAUX :
- Amputation du col de l'utérus et curettage, 6.
- Curettage, 8.
- Cancer utérin, curettage et thermo-cautère, 2.
- Vaginisme, 1.
- Colporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie, 4.
- Laparotomie, pour péritonite tuberculeuse, 2.
- Accouchement, 12.
- Sciatique, 6.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Les injections sous-arachnoïdiennes lombaires de chlorhydrate de cocaine produisent une analgésie parfaite de toute la portion sous diaphragmatique du corps.

La durée de cette analgésie est suffisante pour permettre toutes les interventions quelles qu'elles soient sur les régions qu'elle occupe.

Les phénomènes qu'on observe, soit au cours de l'analgésie, soit dans les heures qui suivent, ne paraissent présenter aucune gravité et sont à peu près nuls si l'on suit exactement le procédé que je viens d'indiquer.

L'analgésie limitée, par injection intra-rachidienne de cocaïne est applicable dans les cas où l'anesthésie générale par le chloroforme et par l'éther est employée.

Je crois cependant qu'il ne faut l'appliquer ni aux enfants ni aux hystériques.



DE LA SUTURE MÉTALLIQUE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES

Par O.-F. MERCIER

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université Laval de Montréal
Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame

Le traitement des fractures a fait, dans ces dernières années, un énorme progrès, et, aujourd'hui, grâce au perfectionnement des appareils, grâce aux rayons X, grâce à l'antisepsie, le chirurgien est à peu près maître de n'importe quelle fracture et peut, en sachant bien utiliser à propos les divers moyens que le progrès nous a acquis, conserver au membre fracturé non seulement sa force et son utilité, mais aussi sa longueur et sa forme normales.

Les anciens appareils, si encombrants, qui demandaient tant de surveillance et exposaient à tant de déboires, ont fait place, depuis déjà plusieurs années aux si légers, et si élégants appareils de Maisonneuve, d'Hergott, de Hennequin. A la longue clisse de Liston avait déjà succédé l'appareil à traction continue, si simple et pourtant si efficace et, en même temps, si confortable. Des chirurgiens plus hardis, non contents de ce que nous donnait déjà la gouttière plâtrée, ont imaginé de la perfectionner au point de pouvoir guérir les fractures de jambe tout en permettant au blessé de marcher pendant tout le temps de la consolidation, et ce, sans préjudice pour la guérison, je veux parler de l'appareil ambulatoire.

Enfin, grâce à l'antisepsie les fractures exposées, voire même

les grands écrasements avec fractures multiples exposées, nous donnent encore de bons, je dirai même, d'excellents résultats. L'embaumement a rendu possible la conservation de ces membres qu'autrefois il fallait sacrifier de suite, de crainte d'infection grave amenant, la plupart du temps, un dénouement fatal.

Puis la suture métallique est venue pour ainsi dire compléter notre arsenal chirurgical, et, question encore tout à fait à l'ordre du jour, nous en sommes à vouloir réglémenter ses indications.

Enfin, viennent les rayons X, le dernier perfectionnement mais non le moins important ni le moins merveilleux. Avec lui nous avons pu constater combien souvent des résultats qui, jusqu'alors, avaient paru irréprochables, le sont peu ; que de fractures parfaitement consolidées en apparence, nous laissent voir des défectuosités considérables dans leur mode de consolidation si on les soumet à l'épreuve des rayons X !

Tuffier en France, et Lane en Angleterre ont magistralement attiré l'attention du public médical sur ce fait de la consolidation vicieuse de la plupart des fractures traitées par nos moyens habituels. Tuffier, se basant sur des expériences nombreuses, en est venu depuis déjà une couple d'années à employer presque systématiquement la réduction à ciel ouvert suivie de la suture métallique et de l'enchevillement de l'os fracturé ; il a publié, dans la "Presse Médicale," deux très intéressants articles sur ce sujet, il a ouvert, là, la voie à de nouvelles études, à de nouveaux perfectionnements dans le traitement des fractures.

La valeur de la suture métallique n'est plus discutable aujourd'hui, il s'agit maintenant d'en établir exactement les indications.

Trois circonstances principales réclament la suture métallique :

1° La plupart des fractures ouvertes, surtout : (a) si la réduction et la contention sont difficiles et peu certaines, (b) si la fracture est oblique avec tendance au déplacement et chevauchement, (c) si la fracture est multiple, (d) si elle siège près d'une articulation, (e) si le siège de la fracture est souillé.

2° Certaines fractures non exposées : fracture de Dupuytren avec ou sans arrachement de la malléole interne, la fracture en V ou oblique du tibia, et certaines fractures articulaires, fracture de l'olécrâne, fracture de la rotule.

3° Les fractures vicieusement consolidées, les pseudarthroses, les défauts de consolidation sont aussi justifiables de la suture métallique qui vient alors compléter la résection.

4° *Fractures ouvertes.*—Pour ce qui concerne les fractures ouvertes, la question, je crois, est aujourd'hui parfaitement réglée. Il ne peut y avoir que des avantages à fixer solidement, en juxtaposition parfaite, des fragments qui, autrement, se réduiraient difficilement, pour ne pas dire plus, et ne tendraient qu'à se déplacer de nouveau. Ici, le chemin est tout tracé ; la plaie est déjà faite et ce, dans de mauvaises conditions ; l'opération servira non seulement à obtenir une bonne réduction, mais aussi à nettoyer le siège de la fracture qui est le plus souvent souillé, (il contient même des corps étrangers : terre, débris de vêtements, etc.), au besoin à enlever les esquilles vouées à la mortification, et enfin, à réséquer des fragments qu'il serait impossible de juxtaposer autrement, tel qu'il arrive souvent au cours des fractures multiples.

Non seulement le chirurgien de nos jours ne doit plus craindre l'infection chirurgicale dans une intervention semblable, mais il saura prévenir l'infection causée par le traumatisme lui-même : les merveilleux résultats fournis par l'embaumement en sont un témoignage frappant.

Ainsi donc, pas d'hésitation, et, à moins de contre-indica-

tions spéciales, chaque fois que le chirurgien est en présence d'une fracture simple ou multiple compliquée de plaie, si cette fracture est difficile à réduire, et surtout difficile à contenir, son devoir est tout tracé : c'est l'intervention sanglante qui s'impose.

Dans ces dix dernières années, tant dans ma clientèle civile qu'hospitalière, j'ai eu souvent l'occasion de traiter ces fractures graves, et je n'ai jamais eu à regretter d'être intervenu et d'avoir tenté la suture métallique qui, chaque fois, m'a donné d'excellents résultats. Je ne vais pas jusqu'à dire que l'on doive toujours y recourir dans tous les cas indistinctement, mais je crois que, pour la majeure partie de ces fractures, elle est sûrement indiquée. Si les fragments ne peuvent être remis parfaitement en place avec nos moyens ordinaires ; si la contention est difficile et incertaine, il vaut mieux intervenir ; il n'y a rien à perdre et tout à gagner. Que de fois je suis intervenu alors que je croyais trouver peu de dégâts, et, cependant, je trouvais de multiples fragments qu'il eût été absolument impossible de remettre en place autrement qu'en opérant à ciel ouvert ; ou bien des esquilles complètement détachées, qui se seraient certainement nécrosées, que j'enlevai de suite, et dont je fus obligé, alors, de réséquer les fragments afin d'obtenir, à l'aide de sutures métalliques bien placées, une juxtaposition parfaite et solide.

Les fractures en V du tibia, si surtout la plaie est de quelqu'étendue, ne devraient jamais être traitées autrement que par la suture métallique. L'hiver dernier. (pour faire voir combien la réduction est quelquefois impossible avec les moyens ordinaires), j'avais à traiter une de ces fractures obliques du tibia compliquée d'une petite plaie ; j'incisai largement le siège de la fracture, et, après avoir percé les fragments et y avoir ajusté les fils d'argent, je ne pus faire la réduction qu'en saisissant les deux fragments juxtaposés dans les mors du davier de Farabeuf.

En les pressant fortement l'un sur l'autre, les os se remirent en place à la façon d'une clef de voûte. Le résultat fut excellent et rapide.

OBSERVATION I.—Dernièrement, je vis une fracture très grave de Dupuytren, avec luxation complète du pied en dehors, fracture du péroné à quatre travers de doigts au-dessus de la malléole, et fracture de la malléole interne, le tibia faisant issue à la partie interne par une plaie transversale d'environ trois pouces. C'était à l'hôpital. Le malade est immédiatement mis sous l'influence du chloroforme ; j'agrandis l'incision, je lave le mieux possible l'articulation que je trouve remplie de terre ; j'irrigue longuement la plaie dans tous ses recoins d'un jet vigoureux d'une solution antiseptique très chaude au sublimé ; avec des compresses stérilisées et sèches je frotte les fragments et les parties molles pour en détacher les saletés, puis, après avoir rempli la plaie de pommade antiseptique, je pratique la réduction qui s'opère facilement. Je constate alors qu'il y a tendance au déplacement que je corrige à l'aide de deux sutures métalliques placées, d'une part sur la malléole interne arrachée et tenant parfaitement au pied, et, d'autre part, sur l'extrémité inférieure du tibia. Le pied, dès lors, n'eut plus aucune tendance à se déplacer et mon malade guérit rapidement, sans encombre, avec une très bonne articulation.

Je n'insiste pas davantage, car la chose, il me semble, est frappante. L'opération de la suture métallique, simple, inoffensive, donne une guérison parfaite et, de plus, nous permet de nettoyer, de désinfecter complètement et d'embaumer le siège de la fracture. En réalité, loin d'exposer à l'infection, nous la prévenons d'une manière à peu près certaine.

2° *Fractures simples.*—Si, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, nous ne redoutons plus guère les complications qui peuvent

survenir à la suite des fractures ouvertes, à plus forte raison l'incision chirurgicale d'une fracture est-elle devenue encore plus inoffensive. Est-ce à dire que cette opération ne présente aucun danger? Oui au point de vue chirurgical. Mais, n'y aurait-il que le danger du chloroforme, que ce serait suffisant pour défendre au chirurgien d'intervenir systématiquement dans toute fracture, car, pour la plupart des cas, les moyens dont nous disposons,en dehors de l'opération sanglante, suffisent à nous donner de très bons résultats. Les expériences de rayons X démontrent, il est vrai, clairement, que les fractures traitées par nos moyens ordinaires sont rarement consolidées d'une manière parfaite, mais il faut avouer que, malgré cela, les résultats, au point de vue de la force et de l'utilité du membre, sont excellents. Il est absolument établi qu'un léger raccourcissement ne nuit en rien, et, quant aux déviations dans l'axe de l'os, il suffit que le chirurgien connaisse son affaire et suive bien son malade pour qu'il soit absolument à l'abri de cet accident.

Aussi, la proposition est, pour cette deuxième catégorie, absolument renversée ; dans notre première division nous conseillons la suture métallique pour la plupart des cas ; ici, c'est le contraire ; les appareils suffisent pour la grande majorité des fractures simples, mais il ne faut pas hésiter de recourir d'emblée à la suture métallique pour un certain nombre de fractures que je vais essayer de déterminer.

Pour ce qui est de la fracture de la rotule, ou de l'olécrâne, la question n'a pu, malgré toutes les discussions qui ont été soulevées à ce sujet en ces dernières années, être décidée d'une manière catégorique. Nous obtenons de bons résultats avec les appareils, de meilleurs avec la suture et surtout de plus rapides, mais, d'un autre côté, les appareils sont inoffensifs et la suture, il faut bien l'avouer, ne l'est pas toujours. D'ailleurs, il y a un moyen terme : la suture peut toujours se faire secondairement si

le traitement simple a failli ou n'a pas donné de bons résultats. Je crois que le chirurgien doit s'efforcer de reconnaître quels sont les cas où les fragments se laissent rapprocher assez facilement et maintenir en place par les simples appareils ; mais s'aperçoit-il que le rapprochement est difficile, son devoir est de proposer de suite l'intervention sanglante qui ne sera faite d'ailleurs, que quand l'inflammation causée par le traumatisme même sera disparue ; soit après huit à dix jours.

J'ai déjà eu cinq fois l'occasion de recourir d'emblée à la suture métallique pour fracture de la rotule. Mon premier cas n'a pas été un succès. Ayant opéré trop tôt, et n'ayant pas vidé complètement l'articulation des caillots qu'elle contenait, il y eut inflammation et suppuration; mon malade a fini par guérir, mais ce n'est qu'à force de lavages articulaires et de drainage que j'ai pu lui sauver et la vie et son articulation. Mes quatre autres cas ont guéri sans aucun accident ; tous quatre, au bout de 18 à 20 jours, pouvaient marcher assez facilement; la raideur articulaire fut de courte durée et le résultat définitif excellent, sans écartement et avec une articulation parfaite.

Quoique je n'aie pas eu l'occasion de pratiquer la suture métallique de l'olécrâne, je n'aurais pas d'hésitation à le faire aujourd'hui, et je la préfèrerais aux appareils. Là, d'ailleurs, on a besoin d'un résultat plus parfait, cette articulation du coude demandant plus de souplesse à cause des services qu'on est en droit d'en attendre; de plus, je craindrais moins l'infection qui, de fait, avec les précautions ordinaires, n'est aucunement à craindre.

Les fractures du bras et de l'avant-bras n'ont pas besoin de la suture métallique, si ce n'est, cependant, à l'extrémité inférieure de l'humérus où il y a tendance au déplacement à cause de la proximité de l'articulation. Ici encore, c'est une question d'appréciation de la part du chirurgien. Malgré tout, la plupart

de ces fractures se maintiennent bien avec une bonne réduction et un bon appareil plâtré bien mis en place, mais, plutôt que de risquer une consolidation vicieuse, il vaut mieux intervenir à main armée, car une mauvaise consolidation signifie la perte de la presque totalité des mouvements d'extension et de flexion de cet article.

Il reste deux fractures, où je crois, la suture métallique est absolument indiquée: ce sont deux fractures de jambe, la fracture classique en V, et la fracture Dupuytren avec arrachement de la partie externe du tibia ou de la malléole interne.

Il suffit d'être quelque peu au courant du traitement des fractures pour savoir combien ces fractures sont difficiles à réduire, et surtout à maintenir réduites. Leur histoire, d'ailleurs, ne parle-t-elle pas assez par elle-même ? Que d'instruments n'a-t-on pas imaginés pour leur guérison ! la pointe de Malgaigne en est un spécimen frappant. De fait, s'il est une fracture qui ne se consolide jamais que vicieusement, c'est bien la fracture en V du tibia ; seulement, il ne faut pas oublier que, malgré un peu de chevauchement des fragments et de raccourcissement, le résultat, au point de vue utilitaire, peut être très bon, question d'esthétique et de rapidité de consolidation à part.

Dans ces dix dernières années,j'ai eu à traiter un très grand nombre de ces fractures en V, et je dois confesser que jamais, avec les moyens ordinaires, je n'ai eu de résultats parfaits. J'ai eu quelquefois des retards de trente à quarante jours dans la consolidation, mais toutes ont fini par guérir et me donner d'assez bons résultats ; mais aussi j'ai toujours eu beaucoup d'ennui et de trouble au cours du traitement ; la réduction, même sous le chloroforme, s'est rarement effectuée complètement, et, même quand j'ai pu réussir à juxtaposer exactement les fragments, le chevauchement a presque eu lieu dans la suite, il m'a fallu me

contenter d'une union solide avec axe du membre exactement conservé.

Il n'en est pas ainsi des fractures traitées par la suture métallique, le cercle, etc.. J'ai, trois fois, recouru d'emblée à ce traitement pour des fractures obliques du tibia sans complication de plaie, et je n'ai eu qu'à me louer de mon entreprise. Chaque fois, j'ai pu constater que la réduction à ciel ouvert seule était possible, et ce, en m'aidant des forts daviers de Farabeuf. Les résultats ont été parfaits, le traitement consécutif à peu près nul, et la guérison très rapide, chez un de ces blessés qui était un alcoolique avéré.

J'ai eu aussi des déboires et des ennuis avec quelques cas de fracture de Dupuytren traitée par les appareils. Je n'ai encore jamais eu recours à la suture métallique pour cette fracture, si ce n'est, comme je l'ai cité plus haut, quelquefois, alors qu'il y avait luxation complète avec hernie des fragments. Aujourd'hui, je n'hésiterais pas et je me promets bien de recourir à la suture métallique pour cette fracture qui, à cause de ses tendances à se déplacer, et de sa proximité de l'articulation, ne donne que de mauvais résultats, avec un pied permanemment tourné en dehors. Je passerais un fil de part en part, à travers les deux malléoles, par deux trous juxtaposés,de manière à former une anse complète qui encerclera le fragment externe sur l'extrémité inférieure du tibia ; l'application d'une vis ferait aussi très bien l'affaire. S'il y a arrachement de la malléole interne, j'opèrerais comme j'ai déjà mentionné, c'est-à-dire que je suturerais la malléole à l'extrémité inférieure du tibia.

Voilà donc les quelques fractures non exposées et les quelques circonstances où je crois que le chirugien est non seulement autorisé mais tenu de faire la suture métallique des fragments par les procédés connus et que je n'ai pas d'ailleurs l'intention de décrire ici.

3° *Fractures vicieusement consolidées ou absence de consolidation.*—La question n'est pas neuve, aussi n'ai-je pas l'intention d'insister sur cette troisième partie de mon sujet. J'ai, jusqu'à ce jour, eu plusieurs cas de mauvaise consolidation à corriger ; j'ai fait, quatre fois, la résection du fémur, que j'ai, chaque fois, complétée par la suture métallique. J'ai aussi pratiqué l'ostéotomie avec suture métallique pour deux fractures du tibia vicieusement consolidées, et j'ai ostéotomisé deux radius : c'est là tout mon bilan. Toutes ces opérations m'ont donné d'excellents résultats. Mes résections du fémur ont toutes été drainées moins une, et ont guéri avec une légère suppuration qui,dans chaque cas, s'est définitement arrêtée au bout de 30 à 60 jours. Les fils d'argent sont restés enkystés. Je ne doute pas que la résection simple des fragments et leur simple juxtaposition avec appareils seraient suffisantes, mais cependant je crois que, du moment que l'on intervient couteau en main, il vaut beaucoup mieux compléter son œuvre par une bonne suture métallique double, bien appliquée, qui nous donne alors une sûreté complète, et nous met à l'abri du chevauchement des fragments, par conséquent du raccourcissement. Malheureusement, ces mauvais résultats sont trop fréquents, surtout quand il s'agit de fractures de cuisse; les fractures de l'avant-bras ne nécessitent généralement pas de fils d'argent, il n'en est pas ainsi pour l'humérus.

Enfin, je crois que, pour cette troisième catégorie de faits, le chirurgien ne doit pas avoir de craintes ni d'hésitations. Pour une fracture non consolidée au bout de quatre-vingt jours ou pour une fracture mal consolidée, avec chevauchement des fragments ou déviation considérable de l'axe, l'intervention sanglante s'impose, et il va s'en dire que la suture métallique est le moyen le plus sûr d'assurer la juxtaposition des fragments C'est là, en somme, une excellente opération.

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGUE.—INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'INTERVENTION

Par le Docteur FERNAND MONOD

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, ancien prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.

Ayant eu le privilège de suivre, presque au jour le jour, ce qui a été dit, au cours de ces dernières années, tant à la Société de Chirurgie de Paris, qu'à l'Académie de Médecine, je voudrais résumer devant vous les indications et contre-indications que l'on peut formuler aujourd'hui en présence d'une appendicite aigue. Mais je vous donne, dès maintenant, rendez-vous au prochain congrès, car beaucoup d'entre vous, en apportant alors le résultat de leurs travaux et de leurs observations, aideront à faire la lumière là où tout n'est encore, hélas, qu'obscurité.

Le premier fait qui semble se dégager nettement des discussions dont je vous parlais, et en particulier de celle qui eut lieu à la Société de Chirurgie en 1899 (1), est qu'en opérant dans les 12 ou 48 premières heures, on a toutes chances d'enlever un appendice encore libre, de pratiquer une opération facile, pouvant être rapidement conduite, de supprimer le centre même d'où rayonne l'infection, et de mettre ainsi le malade à l'abri de la complication la plus redoutable : la péritonite généralisée d'emblée. Cela veut-il dire qu'au premier cri d'appendicite, il faille ouvrir le ventre, d'après l'équation vraiment simpliste préconisée par quelques-uns, savoir : appendicite dit toujours intervention.

(1) Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris—Masson & Cie, éditeurs, t. XXV, No 1 et suivants.

Non certainement, car, ce faisant, on irait de propos délibéré au devant de bien cruels déboires (1). Je pense fermement, par contre, qu'à l'h re actuelle, tout médecin devrait avoir gravé dans la mém re le cri, presque le cri de guerre poussé par le professeur Dieulafoy à l'Académie : "*L'appendicite est une affection chirurgicale*" c'est-à-dire que, au premier soupçon d'appendicite, il faut qu'un chirurgien soit appelé sous les armes, prêt à intervenir aussitôt que l'on aura acquis la certitude absolue q i'on se trouve bien en présence d'une appendicite, car le vrai danger de ces opérations immédiates est l'erreur de diagnostic toujours possible, au début si facile, et dont plus d'un exemple a été rapporté.

S'il y a doute il ne doit pas être en faveur d'une intervention, il faut savoir attendre. Sur ce point l'accord est quasi unanime.

La science, malheureusement, ne procède pas par équations, et si nous pouvons retenir cette formule : *appendicite certaine diagnostiquée dans les 48 première heures=intervention*, nous ne devons la retenir que comme une formule générale, s'addressant à la majorité des cas, en nous souvenant que dans certains d'entre eux il sera plus sage de s'abstenir, soit que nous nous trouvions en présence d'une des ces crises appendiculaires, très légères, ces coliques de l'appendice dont parle Talamon, et qui ne se révèlent que par un seul symptôme : la douleur, soit au contraire que nous nous trouvions en présence d'une de ces formes encore mal connues ou l'appendicite, infection localisée, disparait devant l'infection générale de l'individu.

Dans le premier cas, en effet, rien ne presse, car l'infection n'est pas encore née, ce n'est qu'un appendice qui demand- ›

(1) Jalaguier, Ad.—Indications thérapeutiques dans l'appendicite.— port présenté au XII Congrès international de Médecine, août 1900 —Section de Chirurgie infantile.—Séance du 7 août.

débarrasser soit d'une secrétion trop abondante, soit d'un calcul qui se forme, ou à se délivrer d'une bride qui le coude, qui le maintient anormalement situé. Mais j'avoue ne pas comprendre ceux qui demandent à entendre sa plainte plusieurs fois avant de répondre à son appel, et il faut être bien certain qu'il ne s'agit que d'une simple contracture appendiculaire pour refuser le bénéfice d'une intervention au premier éveil de ce qui pourra être, du jour au lendemain, la plus foudroyante des affections. Donc il n'est pas nécessaire, en présence d'une simple colique appendiculaire, d'opérer en toute hâte ; il est certain, au contraire, qu'il est plus sage d'attendre la fin de la crise et de n'opérer qu'à froid, si le pouls reste bon, s'il n'y a pas d'élévation de la température, si la défense de la paroi n'est pas trop grande.

Mais il y a des cas ou l'on se trouve en présence d'une de ces formes encore mal connues où l'appendicite n'est que "l'expression d'une infection générale pouvant coïncider avec d'autres manifestations gastro-intestinales ou hépatiques (1)," l'appendice, dans ces cas, réagissant comme organe de défense en cherchant à localiser l'infection. Pour lutter contre l'infection, l'organisme fait appel à tous ses défenseurs : au foie qui arrête les toxines, au rein qui les élimine, au système nerveux dont le rôle, pour être encore mal connu, n'en est pas moins certainement très grand ; on peut donc se demander si dans certains cas, et si dans ces cas en particulier, l'action du chloroforme, le traumatisme opératoire n'ont pas pour premier effet de troubler les efforts que fait la nature pour se débarrasser des agents infectieux, de détruire l'équilibre fonctionnel normal de ces défenseurs de l'organisme, de les mettre en infériorité manifeste dans la lutte contre l'infection pour un temps relativement court, soit, mais suffisant pour rendre la lutte non seulement inégale, mais impossible.

(1) Jalaguier, Ad., *loco citato*.

On m'accordera donc, si l'on accepte cette manière de voir, que dans des cas semblables il vaudrait mieux attendre. Malheureusement ces cas sont encore mal connus et, à l'heure actuelle, il est très difficile de les dépister dès le début. J'appelle spécialement votre attention sur ce point, afin que, par vos observations, vous aidiez à établir les signes qui permettront de les reconnaître.

S'il est relativement aisé d'affirmer la meilleure conduite à tenir durant les 24 ou 48 premières heures, il n'en est malheureusement plus ainsi si l'on se trouve appelé au 3e ou au 4e jour d'une appendicite aiguë en évolution, alors que, sur le point de prendre un parti, elle va ou se généraliser, ou, faisant un pas vers la guérison, s'enkyster.

C'est, il faut bien le reconnaître, un cas fréquent, soit que le médecin, non encore convaincu que le temps presse, ait délibérément pris le parti de temporiser, soit que la famille, encore moins éclairée, n'ait pas cru devoir appeler le médecin plus tôt. Nombreuses sont les inconnues que l'on a en pareil cas à résoudre : diversité et variabilité, dans sa virulence, de la flore bactérienne appendiculaire ; susceptibilité incertaine de la séreuse péritonéale, qui, tantôt défendant le terrain pied à pied, construit comme autant de barrières ses adhérences protectrices, tantôt vaincue sans avoir même lutté se laisse envahir dans toute son étendue avec une foudroyante rapidité ; résistance différente enfin de l'organisme suivant qu'il possède ou non, pour livrer bataille, des organes en équilibre fonctionnel normal. C'est sur ce point que nous trouvons les chirurgiens français divisés en deux camps nettement tranchés, les interventionnistes et les abstentionistes, les radicaux et les opportunistes comme ils se sont appelés eux-mêmes.

Opérez, opérez toujours disent les premiers ; nous n'avons

jamais regretté d'avoir opéré trop tôt, et nous savons trop le long martyrologe des victimes de la temporisation

En présence d'une appendicite aigue devant laquelle le péritoine n'accuse aucune défaillance, sachez prendre la responsabilité de la laisser refroidir, disent les abstentionistes.

Messieurs, permettez-moi de vous présenter, sans commentaires, les raisons qui militent en faveur de l'une et de l'autre de ces opinions, en commençant par plaider devant vous la cause des interventionistes.

Leur premier argument est qu'on ne peut, par le traitement médical, conduire à son gré la marche d'une appendicite, ce traitement pouvant atténuer l'élément douleur, mais ne pouvant en aucune façon atténuer la gravité du processus lui-même ; partant, devant l'incertitude absolue où l'on se trouve du résultat que donnera l'expectation, l'opération immédiate présente une gravité moindre, une moindre somme d'aléas. D'autre part, même en admettant que le traitement médical ait conduit l'appendicite à la veille d'une guérison définitive, il est des cas encore trop nombreux où, brusquement, le malade que l'on croyait guéri est tué par une reprise foudroyante de la maladie. En opérant enfin, on trouve presque toujours des lésions graves de l'appendice et même du péritoine, lésions nullement en rapport avec la bénignité des signes observés, tant l'appendicite est une affection essentiellement traitresse dans ses allures.

La localisation, l'enkystement de l'abcès qui, pour les temporisateurs, apparaît comme un pas fait par l'appendicite vers la guérison, est pour les interventionistes une éventualité comportant de si graves probabilités qu'il vaut mieux prévenir cette localisation par une intervention hâtive que de chercher à la favoriser par un traitement d'attente ; car rien ne prouve en effet que cette localisation sera unique, qu'à côté de l'abcès type de la fosse iliaque droite, il ne s'en formera pas un autre, à gauche

par exemple, ou sous-hépatique, ou sous-phrénique ou pelvien lequel évoluera et tuera le malade à un moment donné.

L'abcès, s'il se forme, pourra se localiser profondément au milieu même des anses intestinales, sans réaction générale ou locale, ce sera, en quelque sorte, un abcès froid d'autant plus dangereux qu'il sera plus silencieux. Enfin il est très difficile de dire si le gateau péritonéal qui, pour les abstentionistes est signe de localisation et invite à la temporisation, ne cache pas sous ses anses intestinales agglutinées et ses adhérences protectrices un très gros abcès qui évolue silencieusement ; on s'accorde bien à dire qu'il faut marcher au pus, mais là est précisément la difficulté, car souvent dans l'appendicite la suppuration se fait, s'enkyste, et se rompt sans prévenir à aucun moment de son évolution ; or la rupture d'un abcès dans l'intestin pouvait être envisagée comme un moyen de guérison acceptable il y a 20 ans, mais ce n'est plus de mise de nos jours et la rupture dans la grande cavité est d'autant plus grave qu'elle se fera à une époque plus tardive. La mortalité dans les cas de péritonite généralisée au 7° 8°, 9e jour est effroyable, qu'on opère alors ou non. Reste un dernier argument : en admettant même le succès de la temporisation, celle-ci entraîne une perte de temps se chiffrant toujours par semaines et même par mois, ce qui est à considérer dans bien des cas.

A ce réquisitoire les abstentionistes répondent que "lorsqu'une appendicite a été correctement traitée dès son début, l'opération est bien rarement nécessaire pendant l'évolution des accidents aigus" (1) que, par conséquent, il est faux de dire que le traitement médical n'a d'influence que sur l'élément douleur. D'autre part il est certain que "l'examen attentif du malade permet de se rendre compte de l'évolution de la maladie, la localisation des accidents se traduisant par des signes cli-

(1) Jalaguier, *loco citato*.

niques suffisamment précis pour qu'on puisse espérer ne pas se laisser surprendre par des complications irrémédiables." Le traitement médical doit donc être considéré non comme un traitement définitif mais comme un traitement d'épreuve.

"Le fait qu'on découvre, en opérant, l'appendice gangrené ou perforé, un abcès circonscrit au centre d'un volumineux empâtement ; le fait même qu'il y a du liquide un peu louche dans une partie de la cavité abdominale ne prouve pas du tout que le malade n'aurait pu guérir sans intervention : la phagocytose péritonéale est d'une activité extrême, et les moyens de défense de l'organisme sont puissants, quand on ne les contrarie pas."(2)

La gravité des abcès en évolution est exagérée. Sur 136 malades que Jalaguier a suivis pendant leur crise aiguë, 121 sont arrivés à la résolution, beaucoup avaient présenté des accidents graves avec des empâtements et des indurations parfois énormes : 52 de ces malades ont été opérés à froid et sur 25 d'entre eux Jalaguier a trouvé des traces d'abcès unique ou multiple soit au voisinage de l'appendice, soit entre les anses intestinales ; 9 avaient eu manifestement des destructions de l'appendice par gangrène. Il est donc faux de dire que, seule, une opération hâtive peut guérir les appendicites même suppurées et forées. On peut enfin objecter qu'en opérant il est des cas où il est impossible de trouver l'appendice, et que ce qui en reste après guérison de l'abcès est suffisant pour déterminer une deuxième crise souvent très grave, parfois mortelle, qui n'aurait pas eu lieu en enlevant l'appendice à froid.

Tels sont, en résumé, dans leurs grandes lignes, les plaidoyers des deux partis de l'école française. Est-il possible d'en tirer une conclusion ? Faut-il être interventioniste et prévenir

(2) Jalaguier, *loco citato.*

le danger, ou non interventioniste et prendre la responsabilité de laisser évoluer l'appendicite.

Je crois que, sur ce point précis, on peut répondre à l'heure actuelle de la façon suivante : l'avenir du malade sera d'autant moins sombre, c'est-à dire que les complications et en particulier la péritonite généralisée seront d'autant moins à redouter qu'un traitement médical aura été plus rigoureusement établi dès le début de la crise

Si le malade a été dès les premières heures immobilisé par l'opium, la glace largement appliquée sur tout le ventre, s'il a été soumis à une diète absolue, *si surtout il ne lui a été donné aucun lavement, aucun purgatif*, comme il est encore trop souvent d'usage, on a de grandes chances de sauver son malade, qu'on opère ou non.

Certes, dit Jalaguier, " je trouve singulièrement enviable le repos d'esprit et la paix intérieure des chirurgiens pour qui tout se borne à poser le diagnostic et à prendre le bistouri. Si l'opéré guérit, on se félicite d'avoir opéré.... si l'opéré succombe, on se persuade que c'est parce que l'on a opéré trop tard, ou, avec le plus parfaite bonne foi, on range ces cas malheureux. dans la catégorie des opérations pour péritonite généralisée, et l'on se console sans trop de peine de ces insuccès."

Elève de Jalaguier, j'ai pu suivre et apprécier les résultats qu'il obtenait quand il prenait en main, dès le début. la conduite d'une appendicite, et vous pouvez le croire quand il affirme que l'on observera d'autant moins de péritonites généralisées, que l'on saura mieux traiter l'appendicite dès le début. On a donc le droit d'être abstentioniste devant une appendicite qui, bien traitée dès le début, va prendre un parti, parce que l'on a le droit de compter que ce parti sera le bon ; mais il n'en est plus de même, si pour une raison ou une autre, le malade a été mal traité, ou pas traité du tout, ce qui est encore très commun.

En pareil cas, j'ai la profonde conviction, d'après tout ce que j'ai vu et tout ce que j'ai lu, qu'il y a moins de danger à être interventioniste qu'à chercher à reprendre coûte que coûte en main une appendicite en pleine évolution.

Il nous faut maintenant envisager les cas ou l'appendicite, ayant pris un parti ,s'est généralisée ou au contraire s'est enkystée.

La généralisation peut se faire d'emblée, sans lutte pour ainsi dire de la part du péritoine, elle est habituellement précoce et se déclare avant le 4e jour. Elle peut aussi se faire secondairement, c'est-à-dire après une tentative d'enkystement, une défense plus au moins énergique du péritoine, elle est habituellement tardive et se déclare du 5e au 8e jour.

Dans les deux cas nous trouvons que la majorité des chirurgiens français se rallient à cette formule : s'il y a menace de péritonite généralisée et, à plus forte raison, s'il y a péritonite généralisée, il faut opérer, toute affaire cessante.

Il importe donc de connaître les signes permettant de prévoir que le péritoine ne sera pas à la hauteur de sa tâche. Donc devant une appendicite qui n'évolue pas franchement l'opération sera indiquée en dehors de tout autre sysptême s'il y a : dissociation du pouls et de la température, constipation avec arrêt total des gaz, ou au contaire diarrhée fétide, diminution de la sécrétion urinaire, anxiété respiratoire caractérisée par une soif d'air et une douleur en ceinture cerclant la base de la cage thoracique, faciès étiré avec aspect typhoïde, langue sèche, agitation sinon délire vrai et une certaine odeur aigrelette de l'haleine sur laquelle Quénu a attiré l'attention. Du côté de l'abdomen, défense extrême de la paroi, sans signe d'empâtement en aucun point, contracture des muscles droits ; douleur diffuse, souvent exquise et étendue à tout le ventre.

Il s'en faut qu'un pareil syndrôme se trouve toujours au

complet, mais il suffit de l'existence de quelques-uns de ces signes pour commander formellement l'intervention. Nous mettons au premier plan : la *dissociation du pouls et de la température* sur laquelle Jalaguier a, le premier, insisté. Devant un pouls à 110 et une température à 99 F., pas un chirurgien, à l'heure actuelle, ne peut hésiter, car la seule chance de sauver son malade est dans une intervention immédiate. De même la diminution de la secrétion urinaire, la non émission des gaz par l'anus sont des signes de première importance.

Quénu a, dans la séance du 7 mai 1902, attiré l'attention de la Société de Chirurgie sur la diffusion précoce de la douleur à tout le ventre, diffusion qui serait en rapport avec l'infection des ganglions mésentériques ; ce signe serait d'autant plus important qu'il pourrait s'observer dans les 24 premières heures, et, en indiquant l'empoisonnement des ganglions, indiquerait par cela même et la gravité de l'appendicite en cause et la nécessité d'une opération immédiate.

Nous citerons enfin un signe qui suffit à décider Jalaguier à opérer, lui qui cependant n'est pas un interventioniste, mais qu'il a lui-même mis en valeur et qui consiste dans "la faible intensité et la disparition soudaine et complète des manifestations locales de l'appendicite, tandis que les phénomènes d'infection générale persistent en s'aggravant."

Ce signe décèle une forme de l'appendicite d'autant plus redoutable que, non prévenu, on se laisserait aisément tromper à ce calme apparent, survenant ordinairement au 4e et au 5e jour, mais le pouls qui reste rapide, la température qui reste basse, sont suffisants à un esprit prévenu pour saisir toute la gravité de l'heure présente et ag[illegible] conséquence. Car ici nous ne nous trouvons plus com[illegible]édemment devant une infection généralisée [illegible]chant à se [illegible]aliser sur l'appendice, mais bien

en face d'une infection ayant débuté par l'appendice et qui se généralise secondairement.

Il ne me reste plus qu'à étudier les cas ou l'appendicite s'étant franchement localisée, on se trouve en présence d'un plastron, d'un gâteau symptomatique, d'une défense énergique du péritoine à l'abri de laquelle un abcès peut évoluer sans danger immédiat pour la séreuse.

S'il y a des signes de fluctuation, de suppuration, il faut marcher au pus, ouvrir l'abcès et drainer ; personne sur ce point ne peut hésiter. De même au bout du 5e ou 6e jour alors que la fin de la crise doit approcher, si au lieu de s'abaisser la température s'élève, s'il y a de grandes oscillations du thermomètre, ou bien si la température s'abaissant progressivement n'est pas suivie par un abaissement proportionnel du chiffre des pulsations, s'il y a un ou plusieurs frissons, si les douleurs locales augmentent d'acuité, il faut opérer, et cela surtout si l'empâtement qui existe toujours alors devient le siège d'une sensibilité douloureuse à sa partie centrale.

Mais que faire en présence d'un empâtement, d'un gâteau péritonéal, alors que rien ni dans les signes généraux, ni dans les signes locaux ne permettra de dire si un abcès se forme ou non derrière ces adhérences, surtout quand on sait l'évolution souvent torpide en apparence de ces suppurations enkystées ? Les interventionistes n'hésitent pas à opérer au risque de détruire des adhérences et de contaminer la grande cavité, au risque même de pratiquer une opération incomplète en ne pouvant enlever l'appendice, tant ils redoutent l'évolution de ces suppurations, et la péritonite généralisée secondaire d'une fatalité presque absolue. Ils affirment que leur intervention a été toujours sans danger pour la grande séreuse.

Les abstentionistes au contraire, devant le danger toujours possible d'une contamination directe de la grande cavité au cours

de l'opération, devant l'impossibilité très commune de ne pouvoir enlever l'appendice, préfèrent attendre qu'un des signes que je vous ai indiqués leur commande l'intervention.

Sur ce point il n'est pas possible de poser encore une règle de conduite absolue, la publication intégrale des statistiques des deux partis permettra seule de conclure dans un avenir rapproché, du moins je l'espère. Vous y contribuerez, messieurs, si, comme je vous y conviais au début, vous apportez au prochain congrès le résultat de vos propres observations.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DE LA PROSTATE

Par le Dr. EUG. LACERTE, Québec.

Dans l'étude des affections de la prostate, les abcès, pour être rares, n'en occupent pas moins une importante place. Les abcès prostatiques, le plus souvent, arrivent au cours d'une blennorrhagie, dans la deuxième ou troisième semaine, ou chez des rétrécis. Le pronostic des prostatites aiguës chez ce genre de malades n'est pas alarmant, pourvu que le traitement opportun intervienne à point. Une fois la prostate guérie, règle générale, tout est fini et l'individu revient à son état normal, parce que chez lui la vessie est en bonne condition. Le muscle vésical n'a pas perdu de son élasticité, la prostate n'étant pas sclérosée et hypertrophiée d'avance. Chez le blennorrhagique simple on peut dire que le muscle vésical est sain ; chez le rétréci il est augmenté de volume et de force.

Tout autrement se comporte le vieux prostatique en face d'un abcès de sa prostate. Chez lui, la vessie n'est pas saine elle est pas ou peu élastique et ne peut suffire à combattre l'obstacle qui s'oppose à la miction. D'une autre conséquence donc, par rapport au pronostic, sont ces abcès de vieilles prostates hypertrophiées. La glande gonflée d'avance, agrandie de une ou plusieurs fois son volume, s'agrandit davantage, et une fois le stade inflammatoire disparu ne revient pas facilement à son état secondaire, c'est-à-dire hypertrophique simple, qui laissait au ma-

lade un bien être relatif. La vessie sans élasticité et sans contractilité subit un état encore plus grave, de rétentioniste elle devient infectée. Qu'elle devienne hyperdistendue par suite du nouvel obstacle à l'évacuation de son contenu, alors l'introduction d'une sonde septique allume le feu, et nous voilà en présence d'une infection urineuse grave, évoluant en même temps, ou mieux, sous l'effet des deux causes : cystite et prostatite.

Anatomie pathologique : L'élément épithélial, le revêtement de la muqueuse de la portion prostatique de l'urèthre se prend d'abord, puis l'épithélium glandulaire, enfin le parenchyme lui-même. Thompson dit : (Traité des maladies des voies urinaires, traduct. française, Paris, 1874) "l'organe est gonflé, son volume augmente jusqu'à 2 et 4 fois. Les vaisseaux sanguins extérieurs sont distendus par un sang noir. La muqueuse a une teinte plus foncée que d'habitude. La pression fait sourdre un liquide rougeâtre assez trouble, mélange de lymphe mélangée de sérum, de sang venant des capillaires engorgés, de liquide prostatique et d'une très petite quantité de pus." La suppuration envahit la glande, le tissu cellulaire entourant la prostate se prend ensuite. C'est la péri-prostatite ou phlegmon péri-prostatique qui nait par voie veineuse et lymphatique.

Segond, au point de vue de la marche de la suppuration, distingue : "des cas fréquents (ouvertures rectales et uréthrales, fusées périnéales et ischio rectales ;) des cas rares (fusées inguinales et obturatrices) : des cas exceptionnels (ouvertures péritonéales, propagation prépéritonéale, fusées vers l'ombilic, la grande échancrure sciatique et même vers les fausses côtes.)" (Segond : Des abcès chauds de la prostate, et du phelgmon périprostatique. Thèse de Paris, 1880.)—D'après le même auteur, l'abcès s'ouvre le plus fréquemment dans le rectum (43 fois sur 67 ; 21 fois il s'est ouvert en même temps dans l'urèthre et dans le rectum.)

Il peut se produire des délabrements considérables, des décollements des tissus, alors que l'ouverture est simultanée dans l'urèthre et le rectum. Quand le pus se dirige vers le périnée la guérison peut se faire si on ouvre assez tôt. Intervenir trop tard expose à voir toute la racine des corps caverneux se dénuder, comme dans le cas de Guyon, ou toute la peau du pénis se disséquer, comme l'a observé Demarquay.

Symptômatologie : Ces abcès des prostates hypertrophiées produisent des phénomènes locaux et généraux. La fièvre est *constante*, elle va s'accentuant à mesure que la prostatite évolue vers la suppuration, elle est plus ou moins élevée suivant le degré de l'inflammation. La rétention d'urine est ce qui fait appeler le chirurgien le traitement purement médical n'est pas d'une grande valeur dans ces cas. On observe du ténesme marqué et pénible, lorsque l'infection envahit la vessie. Le symptôme douleur est usuel, quoiqu'il ne soit pas nécessaire. Il est des abcès à grands fracas, avec des douleurs violentes (Guyon) ; d'autres sont sournois, insidieux avec des phénomènes locaux très peu accusés.

Le cathétérisme est facile, au début, même avec un instrument mou, si on a la chance d'avoir affaire à une muqueuse qui ne vient pas coiffer le bec de la sonde. Plus tard, il faut abandonner le Nélaton pour la béquille.

OBSERVATION

Le 8 juillet, 1901, j'étais appelé auprès d'un employé de chemin de fer, H. R. souffrant de rétention d'urine, depuis trois jours. Comme tous les moyens médicaux (bains chauds, cataplasmes, lavements) avaient été employés sans résultats et que seul le cathétérisme pouvait vider la vessie, je cathétérisai à mon tour, avec une sonde en caoutchouc vulcanisé que j'eus soin de faire bouillir avant de l'employer. Il était trois heures de l'après-midi, il n'y avait pas eu de cathétérisme

depuis la veille à 10 heures du matin ; la vessie avait donc été 29 heures sans se vider. Le cathéter 15 (filière Charrière) pénétra facilement et je retirai 750 grammes d'une urine un peu trouble, à réaction hyperacide. Le thermomètre marquait 101 5 F.. Le malade était frissonnant et gardait le lit.

Le toucher rectal me fit constater une prostate augmentée de deux fois son volume.

En plus de la rétention, cette vessie avait souffert de distension, qui amena la cystite consécutive, comme nous allons le voir.

Mon client, âgé de 59 ans, paraît en avoir 70. Il me dit qu'il n'a jamais fait d'excès génésiques ou alcooliques ; d'ailleurs son urèthre ne présente aucune trace de rétrécissement. Il souffre de "ses urines" depuis 5 à 6 ans. Il a des artères athéromateuses ; il est sourd. Ce qui me fait penser que le même processus de sclérose évolue dans la prostate. Donc, il y a 5 ou 6 ans, il commença à se lever la nuit pour uriner vers le matin, puis ses envies augmentèrent de fréquence et le jour, et la nuit.

En 1898, en allant en voiture il éprouva de la douleur dans la région vésicale, puis il urina du sang. Un médecin consulté diagnostiqua la pierre. Il ne remarqua jamais de sable ou de graviers dans ses urines, mais souvent elle laissaient un dépôt couleur de brique. Comme l'indication d'explorer la vessie au point de vue de la lithiase n'était pas pressante, je préférai m'en abstenir.

Evidemment, j'avais affaire à une *prostatite franche ;* tout me le démontrait, les antécédents du malade, (hypertrophie prostatique, diathèse arthritique). Son état actuel ; augmentation de volume de la prostate., la rétention, la fièvre enfin. Et je me conduisis suivant les préceptes de mon maître Guyon qui nous dit : " .....lorsque vous serez en face d'une rétention d'urine

due à une prostatite franche, ne vous attardez pas aux moyens médicaux. Ils sont encore excellents, mais ce ne sont plus que des auxiliaires. Le cathétérisme évacuateur est indispensable......

"Le cathétérisme n'est d'ailleurs que palliatif et votre malade n'urinera seul que lorsque l'inflammation de la prostate sera éteinte, ou que l'abcès se sera vidé........etc. (Guyon. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 3e édition Tome I, pages 130 et 131).

Le bien être qui suivit l'évacuation du réservoir urinaire dura jusqu'à 9 heures du soir, puis la dysurie qui avait fatigué mon malade, le même jour et la veille, (avant qu'il ne fut cathétérisé) reçommença. Le pauvre homme souffrait tellement que l'on m'envoya chercher à 1 heure du matin. La vessie n'avait pas du tout fonctionné. La température était à 101° 5 F. Je retirai par la sonde 150 grammes d'une urine encore plus troublée que celle de l'avant-midi. En présence de cet état, je mis une sonde à demeure.

Le lendemain matin, je retrouve mon malade soulagé énormément par la sonde à demeure. Le ténesme vésical avait disparu. Les urines étaient plus claires. Le faciès bien meilleur. Le thermomètre ne marquait plus que 99° 8 F. Je donnai un lavage à l'eau boriquée et je remis une nouvelle sonde à demeure. Inutile de vous dire que la vessie réagissait facilement à la tension provoquée par le liquide injecté. Je ne pouvais n'en introduire que 30 à 40 grammes à la fois. Le toucher rectal ne me révéla rien de nouveau,

Je prescrivis un régime lacté mixte et de la glace en permanence au périnée.

Le jour suivant, je lavai encore la vessie qui était beaucoup plus tolérante et, comme le pus avait diminué notablement, j'enlevai la sonde.

Il n'y eut point de miction naturelle. Je m'y attendais un peu. Je cathétérisai le midi et le soir, je remis une sonde à demeure.

Jusqu'au 24 juillet, comme les urines présentaient toujours du pus, je fis deux lavages par jour et laissai la sonde en place, la changeant chaque matin.

Le 13, j'examine la prostate que je trouve chaude, sans aucun signe de ramollissement cependant.

L'individu se plaint d'envies fréquentes d'aller à la garde-robe ; il y a du ténesme. Je prescris un suppositoire à la belladone et à l'extrait thébaïque. Le thermomètre marque 100°.

Jusqu'au 20, je continue le même traitement. Les urines sont plus belles mais la température s'élève jusqu'à 102°, 5. La prostate est plus grosse, mais n'est pas fluctuante.

Le 20, il s'écoule du pus le long de la sonde que je viens de placer. L'abcès s'est ouvert dans l'urèthre. Est-ce la fin ? L'individu éprouve un grand soulagement. La fièvre disparait presque. La prostate a diminué de moitié. Mais au bout de 6 jours cette source se tarit, comme il arrive habituellement. On lit en effet dans Guyon (loc. cit.): "C'est quelquefois la sonde qui devient l'agent de l'ouverture de l'abcès ; mais l'ouverture intra-uréthrale à laquelle on ne peut d'ailleurs s'opposer est moins favorable que l'ouverture rectale.... Vous serez obligés dans certains cas d'intervenir malgrée l'ouverture spontanée.."

Le 27 juillet, aussitôt que l'écoulement uréthral cesse, le mercure monte à 102. Avec l'élévation de la température, l'état général devient plus mauvais, la langue est blanche, vernissée, rude aux bords, c'est la langue urinaire. La prostate grossit, elle est chaude, tendue, mais il n'y a aucune fluctuation. Comme il n'est indiqué d'ouvrir l'abcès rectal que lorsqu'il y a évidence de pus de ce côté, que la muqueuse présente au doigt la sensation de drap tendu que l'on déprime (Guyon), je m'abstiens ; il

faut en effet craindre la fistule vésico-rectale, en ouvrant par cette voie, fistule difficile à guérir.

Emile Forgues écrit ce qui suit : (Article affections inflammatoires de la prostate *in* Traité de chirur. Duplay et Reclus, Tome VII, page 925) "Hormis ces faits où une collection superficielle vient audevant de vous par le rectum, préférez, comme l'a proposé Segond, l'incision méthodique par le périnée. Elle seule permet d'agir antiseptiquement et d'éviter les phlébites infectieuses, assure une ouverture suffisante, n'expose point aux hémorrhagies rectales, parfois d'une abondance inquiétante. Chez un opéré de Guyon, il a fallu recourir au tamponnement pour arrêter un écoulement sanguin des plus inquiétants. Le Dentu relate un cas analogue ; Guiard a récemment conté l'histoire d'un malade chez qui la perte sanguine fut assez considérable pour abaisser la température axillaire de 39 à 36 degrés. Seule, enfin, l'ouverture périnéale prévient les fistules uréthrorectales trop souvent incurables."

On est au 2 août, comme il n'y a aucun changement du côté du rectum et que l'état du malade empire, je me décide de n'intervenir que le lendemain matin, sur la demande du patient qui veut encore attendre.

Ce jour là même, il y a rupture spontanée de l'abcès dans le rectum. Le pus s'échappe en abondance avec les fécès. Il se fait une nouvelle détente. Pendant plusieurs jours, avec chaque garde robe, le pus s'évacue ; je masse le rectum et la région périnéale pour favoriser cette évacuation.

La vessie réclame encore le catéthérisme permanent, je me sers du nitrate d'argent au cinq centième. Les urines deviennent presque limpides, mais le muscle n'est pas assez fort pour vaincre l'obstacle. Force m'est donc de laisser la sonde à demeure, tout en tâtant de temps en temps la susceptibilité vésicale. Il n'y a pour ainsi dire plus de fièvre, l'appetit est bon, l'in-

dividu peut se lever et demeurer longtemps assis ; il se croit en bonne voie de guérison, son médecin est du même avis. La prostate ne donne presque plus de pus et la fistule se ferme complètement. Le toucher rectal montre une diminution considérable de la masse prostatique. Nous sommes au 15 août ; quand tout à coup, trois jours plus tard, il y a une nouvelle ascension thermique et un deuxième écoulement uréthral se produit, moins abondant que le premier. L'abcès ne s'était donc pas complètement vidé ? Non, et évidemment toutes les loges prostatiques et périprostatiques sont infectées. Cet écoulement persiste jusqu'au 22, puis il disparaît définitivement. Les symptômes généraux deviennent graves, la fièvre s'élève de plus en plus. Le périnée devient tendu et bombé légèrement. Le matin du 24 août le thermomètre marque 104°. J'opère dans l'après-midi.

Le malade étant placé dans la position de la taille périnéale, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, j'introduis une sonde rigide dans l'urèthre et je fais une piqure superficielle de cocaïne, (sol 1 p. 100) transversalement, 2 cent. en dessus de l'anus. J'incise dans ce sens, au bistouri, une boutonnière longue de 3 centimètres, puis j'introduis l'index gauche dans le rectum ; je fais une autre piqûre de cocaïne, je coupe encore, je récline, je reconnais enfin le bulbe et incise les fibres les plus antérieures du sphincter anal. Je continue couche par couche les injections cocaïniques. Je coupe un tissu lardacé, sentinelle avancée du foyer purulent, jusqu'à une profondeur de 6 centimètres. Avec mon doigt j'agrandis la plaie et je l'explore, du pus lié, verdâtre, s'élimine en assez grande abondance, Je lave et j'irrigue au bichlorure. J'insuffle de l'iodoforme et mets un drain à la gaze iodoformée.

Quatre heures plus tard, le mercure indique 102° ; c'est un abaissement de 2 degrés depuis l'intervention. Le faciès est déjà meilleur. Mon malade passe une très bonne nuit et je le

revois le lendemain matin dans un état d'apyrexie complète.

Il me faut encore laisser la sonde à demeure vu l'absence de miction naturelle et l'impossibilité pour le patient de se sonder lui-même. Tant que je laisse en place le cathéter et que je fais des lavages, soit au nitrate d'argent, au 500ième, soit à l'eau boriquée, il n'y a pas de fièvre, si j'essaye de laisser le malade à lui-même, aussitôt la fièvre réapparait en même temps que les urines perdent de leur limpidité. Celles-ci sont encore acides et je n'y découvre pas d'albumine. Le régime est adouci, je permets un peu de viande le midi, un peu de soupe. L'estomac est en parfait ordre.

La plaie périnéale, bien lavée tous les jours au sublimé, se ferme complètement le 8 septembre.

Il n'y eut pas de miction naturelle avant le 2 octobre ; le 4, il me fallut remettre la sonde et la laisser jusqu'au 8. Je la laissai encore du 11 au 18. De cette date au 25, mon homme urina seul. Il ne le pût du 25 octobre au 7 novembre, par suite de l'infection vésicale qui se reproduisait et du gonflement consécutif de la partie prostatique de l'urèthre.

Dès lors la miction se fit naturellement, toutes les heures, puis toutes les deux et même trois heures proportionnellement à l'augmentation de la capacité vésicale et à la diminution de l'hyperesthésie. Le pus disparut presque complètement et je distançai en conséquence les lavages, pour les abandonner au bout d'une quinzaine. J'avais laissé pendant *quatre* mois la sonde à demeure. En même temps que disparaissaient les troubles des voies urinaires, l'évolution d'une tumeur cancéreuse de la parotide suivait son cours lent mais sûr. C'était une récidive (le malade avait été opéré l'hiver précédent) et pour aucune raison, l'individu et son entourage ne voulaient entendre parler d'une seconde intervention. Ce cancer lui donnait des douleurs atroces, et lui en cause de semblables encore aujourd'hui. Dé-

barassé de la maladie terrible qui l'a tant malmené, il en subit une plus terrible encore. La tumeur s'est ulcérée de bonne heure. L'ulcère s'est agrandi petit à petit, et a fini par ronger l'artère temporale, ce qui a produit coup sur coup 2 hémorragies considérables qui ont mis le malade aux portes du tombeau. Il a fini par se remonter de ces dures secousses.

Il n'est pas étonnant que les fonctions vésicales ne soient pas revenues à leur état normal, l'hypertrophie prostatique persistant toujours, mais ce qui est remarquable c'est que, pendant 6 mois et demi, le malade n'a pas réclamé de cathétérisme. Il urine toutes les 2 ou 3 heures, sans trop d'efforts. Les urines sont encore parfois troublées, la plupart du temps elles sont limpides.

Cette observation est déjà [illegible]gue ; vous me permettrez de la résumer et d'en tirer les c[illegible]sions pratiques qui en découlent.

Voilà un individu de 60 ans qui souffre d'hypertrophie de la prostate et de gravelle urique depuis quelques années ; en juillet 1901, il fait une prostatite aiguë avec rétention d'urine. La rétention persiste ; survient une cystite, la prostatite suit son cours, l'abcès se forme et s'ouvre au bout de quelques jours dans l'urèthre et se referme quelques jours plus tard, il perce dans le rectum, puis de nouveau dans l'urèthre. Enfin, je l'évacue par le périnée et la guérison survient très promptement après cette intervention. Pendant tout ce temps, deux mois, je tiens une sonde à demeure. Sous son effet bienfaisant l'état général demeure bon, il y a peu de fièvre, les lavages de la vessie que je fais depuis le début, l'ont jugulée. Petit à petit la miction devient naturelle et au bout de deux autres mois, c'est-à-dire *quatre mois* après le début de sa maladie, le malade put se passer du cathétérisme permanent. Les mictions deviennent de plus en plus espacées, les urines sont presque toujours limpides. N'était

une tumeur maligne, devenue inopérable grâce à l'incurie de son porteur, l'état de cet homme serait satisfaisant et il aurait pu vaquer à ses occupations depuis longtemps.

Il y a un mois, il est survenu une poussée de cystite aigüe suivie de rétention. Tout est disparu en quelques jours grâce au cathétérisme et aux lavages modificateurs.

Je conclus en disant que :

1° Comme le démontre mon observation, le pronostic de la prostatite survenant au cours de l'hypertrophie sénile de la prostate, tout en étant grave, n'est pas fatal, si l'on intervient à point.

2° L'infection urineuse ne tient pas devant la sonde à demeure. Les lavages modificateurs joints au cathétérisme permanent font disparaître la cystite et les symptômes généraux et locaux qu'elle engendre : la rétention, la douleur, la fièvre, etc..

3° La parfaite inocuité de la sonde à demeure est encore une fois de plus prouvée. L'urèthre tolère un cathéter qu'on y laisse en permanence aussi longtemps que la propreté chirurgicale est observée (4 mois dans le cas précité).

4° Si l'on n'obtient pas la guérison de l'abcès de la prostate et des troubles qu'elle engendre, tels que la rétention complète, la cystite, etc., aussi rapidement qu'on le voudrait, il ne faut pas croire que cette guérison est impossible, car dans la plupart des cas, avec de la persévérance on y arrive.



UN MORIBOND OPÉRÉ POUR UNE TUMEUR DU CREUX EPIGASTRIQUE

PAR LE DOCTEUR D. E. LECAVELIER.

Ce n'est pas un cas intéréssant à rapporter, je n'ai pas de pièces anatomo-pathologiques à montrer, ce n'est pas un beau cas, le malade n'est pas mort. Notre littérature chirurgicale étant encore vierge d'une opération pour kyste hématique du pancréas, c'est ma seule excuse pour vous présenter cette observation. Pour assister à cette intervention telle que vécue le 15 décembre 1897, il faut se transporter auprès d'un moribond de 49 ans, recommandé aux prières de ces concitoyens depuis 15 jours, la fosse ouverte pour le recevoir, le bedeau pendu à la cloche pour sonner la perte d'un brave citoyen et, pour compléter le tableau, une épouse éplorée. . consolable.

Mais revenons à notre malade, inconscient de tout ce qui se passe autour de lui, il n'est qu'un véritable squelette, *c'est l'image la plus vivante de la mort.*

Il répond difficilement à mes questions et les signes de tête qui le fatiguent beaucoup, sont ses meilleures réponses.

La température est à 98 F., le pouls à 58, la respiration à 10 par minute. Le cœur est très faible ; rien aux sommets des poumons, je ne veux pas fatiguer le malade et n'examine pas la base des poumons ; le foie, la rate, les intestins paraissent normaux ; au creux épigastrique on trouve une tumeur fluctuante, lastique, arrondie, douloureuse, avec léger bruit de souffle, *ose*

dire un médecin consultant. Le moribond, d'un signe de tête, dit consentir à l'intervention. Faut-il opérer? Nous sommes trois médecins, on se consulte, l'on expose toute l'histoire du malade souffrant depuis 3 mois, par crises intermittentes très douloureuses, qui nécessitent les injections hypodermiques de morphine à doses toujours croissantes. L'on suppose toute espèce de choses: fibro-myome, splénomégalie, kyste du foie, du pancréas, péritonite tuberculeuse enkystée, dégénérescence cancéreuse du pylore, tumeur de l'estomac, enfin, anévrisme de l'aorte abdominale. Faut-il opérer?

Ma visite n'a pas d'autre but, je ne suis pas appelé pour prescrire des médicaments à un malade qui peut à peine avaler un peu d'eau.

Si l'on n'intervient pas, la mort est certaine, et si l'on opère ce sera peut-être la même chose.

Nous décidons de faire une incision exploratrice, il ne faut penser ni à l'éther ni au chloroforme ou autres anesthésiques généraux. Je me sers d'abord du chlorure d'éthyle pour la surface cutanée, puis d'une solution de cocaïne au 100e pour les incisions profondes.

Le malade a quelquefois des jeux de physionomie désagréables: la tumeur est lisse, mate, nettement fluctuante, ne suivant pas les mouvements du diaphragme, n'étant pas pulsatile. Je fais une ponction qui laisse sortir 2 litres d'un liquide noirâtre, que l'analyse a démontré contenir du sérum, des hématies, de la biliverdine, de la bilirudine et des sécrétions alcalines pancréatiques.

Après une légère résection du sommet arrondi du sac kystique, je ferme hermétiquement l'incision profonde par quelques sutures et la peau au moyen de diachylon en rapprochant les lèvres de la plaie par traction parallèle.

Les jours suivants furent heureux, le malade n'éprouva que de légères douleurs, put boire du bon lait chaque jour davantage, les forces revinrent rapidement.

A l'analyse, l'urine du jour de l'opération contenait une grande quantité de sucre, mais sa diminution graduelle m'empêcha de procéder aux injections de suc pancréatique que je me proposais de faire si les symptômes ne s'amendaient pas. Le régime tonique suivant, suffit au rétablissement complet : Huile de foie de morue 1 c. à thé avant le déjeuner et le souper, le lactophosphate de chaux soluble. 1 grain ; pyrophosphate de fer ½ grain ; phosphate de soude, 2 grains, dans du lait, 2 fois par jour.

Après 3 semaines de ce traitement, l'ex-moribond était assez fort pour penser à sortir ; deux mois plus tard, il se rendait à l'église prier pour ceux qui avaient si souvent prié pour lui. Aujourd'hui le patient est encore en parfaite santé et ne pense plus à être malade.

CONCLUSION

S'il est expérimentalement prouvé que l'extirpation du pancréas est possible et compatible avec la vie de l'animal, la clinique ne tient pas le même langage et il paraît plutôt démontré que les processus pathologiques détruisant le pancréas, entraînent la mort du malade.

Les kystes par rétention, les kystes hydatiques, les kystes hématiques consécutifs à l'apoplexie ou aux traumatismes comme dans le cas présent, sont les tumeurs les plus fréquentes du pancréas.

Quel que soit l'état du malade et l'âge de la lésion, l'intervention armée est justifiable. L'extirpation complète du sac ou la suture des parois du kyste aux parois de l'abdomen, et le drainage ne sont pas des conditions essentielles à la guérison. Le

déversement du suc pancréatique ou de la bile dans la cavité abdominale ne produit pas toujours la péritonite.

Après l'évacuation du liquide, l'occlusion immédiate complète, la compression douce et permanente sont spécialement indiquées l'orsqu'on opère un moribond que l'on veut rendre à la vie.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr W. DELANEY, de Québec.

Les quelques considérations que je désire présenter sont basées sur des observations personnelles recueillies tant à l'Hôtel Dieu de Québec que dans ma clientèle de ville pendant un peu plus de trois années.

Le grand nombre d'accidents mortels imputables directement à l'administration des anesthésiques et les discussions qui ont actuellement lieu un peu partout sur la valeur relative des deux principaux anesthésiques, le chloroforme et l'éther, m'ont induit à penser que m contribution sera pour vous d'un certain intérêt.

L'administration d'un anesthésique général n'est point chose banale dont on doive se désintéresser ; au contraire, c'est une opération des plus sérieuses, qui ne devrait être entreprise qu'avec le sentiment de la responsabilité assumée, car nul ne le conteste, la vie du sujet est pratiquement entre les mains de celui à qui incombe le devoir de l'administration de l'anesthésique.

Les observations que j'ai à rapporter sont au nombre de 396. 102 patients furent chloroformisés et les 294 autres furent anesthésiés par le mélange de deux parties d'éther et une partie de chloroforme.

Ce sont spécialement les résultats obtenus au moyen de cette dernière méthode, méthode mixte, que je désire vous présenter.

Pour les 102 chloroformisés, l'anesthésie ne s'est pas prolongée au delà d'une heure. Pour six cas d'ablation de ganglions tuberculeux du cou, et cinq autres pour opérations dans la bouc. à le naso-pharynx, l'anesthésie fut d'abord obtenue au moyen du mélange, (méthode mixte) puis continuée au moyen du chloroforme administré par le nez au moyen du tube de l'appareil de Yunkers.

Les sujets chloroformisés étaient tous jeunes ; pas un seul n'était au-dessus de 19 ans, exception faite cependant pour les cas cités plus haut où l'appareil de Yunkers fut employé et pour quelques cas d'avulsion de dents.

Dans 14-7 o/o de ces cas, pendant ou après l'administration de l'anesthésique, on donne au malade des injections hypodermiques de sulfate de strychnine à des doses variant de 1/90 à 1/25 grain, ou encore de l'alcool Dans 5 cas examinés, et par les chirurgiens et par l'administrateur de l'anesthésique, il existait une lésion cardiaque bien caractérisée sans que pour cela l'anesthésie, faite avec prudence, cela s'entend, produisit aucun accident sérieux.

Le *mélange* fut administré pour tous les cas de grande chirurgie : Hysterectomies abdominales et vaginales, ovariotomies, amputations de seins, hernies, appendicites, ventrofixation, obstructions intestinales, tumeurs du corps thyroïde, périnéorrhaphies, colporrhaphies. etc.. Dans 16-6o/o de ces cas, la strychnine ou l'alcool fut administré hypodermiquement. Le nombre de malades chez qui on dut employer un stimulant a été beaucoup plus restreint, proportion gardée, avec le mélange, et ce percentage de 16.6 o/o est d'autant plus en faveur du mélange, qu'il ne faut pas oublier que les opérés endormis par le

mélange ont subi des interventions beaucoup plus sérieuses, de durée beaucoup plus longue et que, de plus, règle générale, les patients étaient plus vieux, à vitalité considérablement affaiblie par une longue maladie chronique ou des hémorragies successives.

La quantité du mélange employée pour chaque opération a varié de 2 à 6 onces.

9 de ces malades présentaient des troubles cardiaques très marqués et cependant l'anesthésie ne donna aucune alerte.

Dans 16 cas, 6 avec le chloroforme, et dix avec le mélange nous avons eu des craintes sérieuses dues au shock : faiblesse du pouls, transpiration froide, pâleur et finalement arrêt de la respiration.

Ce que nous tenons à mettre en vedette c'est que, dans tous les cas où nous avons craint pour le patient, il y a toujours eu, comme pre[illegible]gue, de la faiblesse cardiaque ; même, en plaçant le doigt sur la radiale ou la temporale, nous pouvions prévoir invariablement, par la baisse rapide de la pression artérielle, que la respiration était sur le point de s'arrêter. C'est-à-dire que, contrairement à une opinion courante, c'était le cœur qui avait tendance à s'arrêter le premier et non la respiration.

Je me permettrai de citer deux observations, entre autres, où ce fait a été absolument démontré :

1° Un homme dans la force de l'âge devait être opéré à l'Hôtel-Dieu de Québec pour un cancer du maxillaire inférieur qui avait envahi les parties molles de la bouche et la lèvre inférieure.

L'anesthésie fut d'abord commencée au moyen du mélange puis continuée par l'administration du chloroforme pur, par le nez, avec l'appareil de Yunkers. Le chirurgien était prêt à commencer l'opération, le malade respirait normalement, quand soudain il devint livide et couvert d'une transpiration froide ; l'ad-

ministration de l'anesthésique fut immédiatement arrêtée, le pouls s'affaiblissait et finalement, le cœur cessa de battre, ceci était suivi d'un arrêt complet de la respiration qui a résisté à tous les moyens ordinaires de rappel : respiration artificielle, injection hypodermique d'alcool et de strychnine, inhalations de nitrite d'amyle. Alors le chirurgien plongea un marteau dans l'eau bouillante et l'appliqua sur la région précordiale, ce qui, en produisant une révulsion énergique, ranima le malade.

Le deuxième cas ressemble au premier et le même mélange a été employé. C'était un cas de glaucôme aigu, de cause traumatique, qui datait de trois mois. Dans l'intervalle entre le traumatisme et l'opération d'énucléation le sujet a absorbé de grandes quantités de morphine allant jusqu'à quatre grains par jour. Lors de l'opération son cœur était faible.

Pendant le sommeil anesthésique, le pouls, de 74 qu'il était avant l'opération, tomba subitement à 18 par minute, de plus il était très irrégulier. L'anesthésique est enlevé de suite et peu après la respiration cesse complètement.

La respiration artificielle a été employée pendant 20 minutes et de plus une injection de sulfate de strychine à 1/20 ' a été donnée, le pouls est remonté à 36 par minute, et alors l'opération fut complétée sans autre incident.

MODE D'ADMINISTRATION

On se sert de l'appareil de Clover sans sac pour l'administration de ce "mélange". A peu près deux onces sont versés dans l'appareil, et l'anesthésie se produit en tournant petit à petit le réservoir marqué de o à "full". Le malade étant anesthésié on pourra diminuer la quantité de l'anesthésique en tournant le réservoir jusqu'à ce que l'indicateur marque 3 ou même 2½, ce qui indique que le malade respire 2½ parties du mélange et 1½

partie d'air pur. Il faudra porter une attention particulière au pouls et à la respiration.

En observant la circulation capillaire de la face, et de l'oreille il est facile de remarquer le moindre signe de "shock" ou d'hémorragie. L'état de la pupille doit aussi être remarqué attentivement et en particulier le réflexe lumineux. Ici, je voudrais protester énergiquement contre la pratique qu'ont certains médecins d'appliquer un doigt, souvent sale, dans l'œil afin de noter le degré d'anesthésie. Un tel procédé est brutal et non scientifique, de plus il produit presque sûrement une conjonctivite qui est loin d'être agréable au malade.

Dans les cas que je rapporte les méthodes de ressuscitement employées furent :

1° Placer le malade dans une position inclinée la tête plus bas que les pieds. (Position de Trendelenbourg).

2° Injection hypodermique de strychnine et d'acool.

3° Injections rectales de sérum artificiel et d'alcool.

4° Injections intra-veineuses de sérum artificiel, vésicatoires à la région precordiale.

5° Respiration artificielle, inhalations d'ammoniaque, de nitrite d'amyle, flagellation avec serviettes mouillées, tractions rythmées de la langue.

Dans un cas seulement nous avons été obligés de suspendre l'administration : c'était dans un cas de cancer du maxillaire inférieur, des tissus du plancher de la bouche et de la lèvre inférieure.

Dans trois cas le chloroforme a été substitué au "mélange", un de ces sujets était un alcoolique.

Les désavantages qu'offre ce "mélange" et la méthode d'administration qu'il nécessite ne consistent pas dans les complications de bronchites et de pneumonies. La seule objection va-

lable, c'est que, chez un sujet alcoolique, l'anesthésie est souvent incomplète, et il faut, dans ces cas, recourir au chloroforme pur.

Ce mélange est contre-indiqué chez les enfants et les personnes souffrant d'affections rénales ou pulmonaires.

Il est bon de remarquer ici que pendant l'administration du mélange, l'éther s'évaporisant plus vite que le chloroforme, il arrive un moment, où l'appareil ne contient que du chloroforme pur et alors le malade se trouve à respirer ce dernier sans accès d'air ce qui est très dangereux pour lui. En rapport avec cette dernière objection, je citerai un paragraphe d'un article publié dans le "Lancet" par le Dr W. J. McCardie, sur l'administration du mélange en question.

"Au point de vue pratique cette difficulté d'administration n'existe pas autant que j'ai pu en juger en pratique. Le pouls et la respiration ne changent pas avec ce "mélange" ni au commencement ni à la fin si on a soin d'employer l'appareil de Clover pour l'administration. Le Dr Hewitt, dans son ouvrage sur les anesthésiques, dit à propos du mélange A. C. E. (alcool 1, chloroforme 2, éther 3,) que l'éther qu'il contient ne présente cartainement pas cette tendance à s'évaporer rapidement dont on l'a accusé."

AVANTAGES DU MÉLANGE C. E. ET MÉTHODE D'ADMINISTRATION.

1° Les statistiques de l'anesthésie au chloroforme, donnent une mortalité de 1 dans 2039, l'éther 1 dans 5090, ce mélange 1 dans 7594, et le Dr W. J. McCardie dit que, d'après ses statistiques personnelles, il n'y a qu'un cas de mort causée directement par l'anesthésique dans au delà de 14,000 cas.

Voici les statistiques de l'Hôtel-Dieu de Québec, pour les différents anesthésiques employés de puis le mois de mars 1899, une période de 3 ans et 4 mois.

Cas anesthésiés	1151
Par le mélange C. E.	842
Par le chloroforme pur	319

Dans ma courte expérience personnelle de 8 ans (y compris les 3 ans et 4 mois mentionnés plus haut), j'ai assisté à à peu près 2,500 opérations et je n'ai constaté qu'un cas de mort dû à l'action de l'anesthésique, dans ce cas il s'agissait de chloroforme pur.

2° L'appareil de Clover est préférable au masque ordinairement employé pour l'égouttement du chloroforme pur. La quantité d'anesthésique administré doit être proportionnée à la longueur de l'opération, et doit varier suivant les individus, les constitutions et l'état général du malade.

3° L'administration du "mélange" donne rarement lieu à cette période d'excitation que produit l'éther seul, les malades s'endorment doucement, tandis que le pouls et la respiration se maintiennent mieux que pendant l'anesthésie chloroformique.

4° Dans mes expériences, j'ai remarqué que les malades atteints de maladie de cœur dormaient plus facilement avec ce mélange qu'avec tout autre mode, et dans quelques cas, même après de sérieuses opérations, le pouls et la tension vasculaire étaient plus satisfaisants qu'avant l'intervention.

5° Je ne connais pas de résultats désagréables après l'administration de ce mélange.

En terminant ce travail je désire remercier particulièrement les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, pour l'aide qu'ils m'ont fourni dans la préparation de cet article, de même que M. l'Interne de l'hôpital à qui je suis redevable des statistiques concernant l'administration des anesthésiques depuis mars 1899.

III

SECTION DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, BASÉE SUR QUATORZE OBSERVATIONS PERSONNELLES

Par le Dr COYTEUX-PRÉVOST
Gynécologiste de l'Hôpital Saint-Luc, Ottawa.

Québec, cette ville incomparable qui s'enorgueillit, à juste titre, d'avoir été le berceau de tant de choses intéressantes, peut aussi se flatter d'avoir été témoin du premier cas de grossesse extra-utérine observé au Canada. Vous en trouverez la relation dans ce volume que j'offre à l'admiration des bibliophiles et qui, malgré son antiquité, n'en est pas moins une primeur : c'est le premier journal de médecine qui ait paru au Canada. Il fut rédigé et publié à Québec par Xavier Tessier, en 1828.

A la page 213, le docteur François Blanchet rapporte le cas suivant :

"Dans le mois de novembre dernier, je fus appelé, au milieu de la nuit, auprès d'une jeune femme. A mon arrivée elle venait d'expirer. J'appris alors de ses amis qu'elle avait été à l'église dans l'après-midi et qu'elle avait ressenti tout à coup de grandes douleurs dans l'abdomen qui l'obligèrent à revenir chez elle aussitôt. Les douleurs ne firent qu'augmenter jusqu'au moment où elle expira sans qu'il fut possible à ceux qui l'environnaient d'en reconnaître la cause. Je me hâtai d'en faire l'exa-

men le lendemain matin, conjointement avec mon neveu le docteur J. Blanchet. La cavité du bassin était remplie de sang, ce qui ne nous permettait pas de douter que la femme ne fut morte d'une hémorragie interne provenant de la rupture de vaisseaux considérables que nous nous efforçâmes de découvrir. En effet, nous aperçûmes un fœtus d'environ trois mois, libre dans la cavité du bassin et flottant dans le sang. En examinant plus attentivement, nous découvrîmes que la trompe de Fallope du côté droit était divisée sur sa longueur et considérablement dilatée à l'endroit où le fœtus paraissait avoir surnagé et s'être développé jusqu'au moment où la rupture de la trompe lui eût permis de s'échapper dans la cavité du bassin. On apercevait aussi, distinctement, la forme d'un placenta qui était implanté dans l'endroit le plus dilaté de la trompe ainsi que les enveloppes, et c'est sans doute à la rupture que l'on doit rapporter l'hémorragie fatale qui a mis fin à l'existence de la malade."

Cette relation si fidèle, que l'on croirait écrite d'hier, est un exemple remarquable de la manière dont se passaient autrefois les choses dans la grossesse extra-utérine accompagnée d'hémorragie foudroyante, douleurs subites, syncope terminée par la mort etc.. Si l'autopsie n'avait pas été pratiquée, on n'aurait sans doute pas manqué de dire que la malade avait succombé à une maladie de cœur.

C'est ainsi que se passent encore les choses aujourd'hui, car, comme autrefois, il existe et il existera toujours des ovules capricieux qui, pour faire fausse route, n'attendent ni la naissance ni l'influence pernicieuse de leur contact avec un monde corrompu. Seulement, le chirurgien, instruit par l'expérience, dépiste facilement, à la lumière de symptômes parfaitement définis, l'existence et la nature de conditions pathologiques autrefois méconnues. Mais si généralement on confie au spécialiste le soin de diriger le traitement chirurgical, d'un autre côté

c'est le médecin de famille qui observe la maladie à son début. Il importe donc que ce dernier soit en demeure de reconnaître les accidents au moment opportun afin de pratiquer ou de réclamer une intervention précoce et efficace.

Il est trois maladies auxquelles ces remarques s'appliquent d'une manière toute particulière : l'appendicite, le cancer de la matrice et la grossesse extra-utérine. Combien de malades sont morts qui auraient pu être sauvés si le médecin aux prises avec un cas d'appendicite, cette prétendue inflammation d'intestin, n'avait pas attendu pour établir son diagnostic que le pus crève la peau et les yeux ! Combien de prétendus ulcères ont été douchés, tamponnés et cautérisés sans résultat jusqu'au moment où le médecin désespéré jugeait, mais trop tard, qu'il fallait recourir aux lumières d'un spécialiste expérimenté !

Il en est ainsi de la grossesse extra-utérine ; reconnue de bonne heure et dès les premiers symptômes, cette complication se terminera presque toujours favorablement, si on lui oppose une intervention opportune et éclairée. Je vous demande donc, pour le bénéfice de ceux qui n'ont pas fait de cette question l'objet d'études spéciales, la permission de décrire brièvement les signes au moyen desquels on peut reconnaître l'existence de la grossesse ectopique.

L'histoire la plus commune est la suivante : Une femme n'a jamais eu d'enfants ou, pendant quelques années, elle est demeurée stérile, accusant le plus souvent des désordres du côté de l'appareil génital. Ordinairement menstruée d'une manière régulière, elle saute un jour une époque. Une, deux, trois semaines après la date où elle aurait dû avoir ses règles, elle est prise brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen. Cet accident survient dans la rue et, chose étrange, très fréquemment à l'église, ou bien au moment où elle fait un effort quel-

conque. Cette douleur porte au cœur, suivant l'expression communément usitée par les malades. Elle éprouve une tendance à la syncope ; elle se met au lit, les souffrances s'apaisent. Au même moment un écoulement vaginal apparaît ; on croit que c'est le retour de ses règles ou la menace d'un avortement, opinion souvent partagée par le médecin que l'on ne manque pas de faire appeler. Cependant les mêmes phénomènes reparaissent, les douleurs reviennent les jours suivants d'une manière intermittente ; du sang noirâtre s'écoule par le vagin. C'est le temps d'être sur vos gardes, car vous êtes exposés à être mandé d'urgence pendant la nuit et vous trouverez la malade exsangue avec pouls filiforme et peut-être sans connaissance : elle avait une grossesse extra-utérine qui vient de se rupturer et elle va mourir d'hémorragie interne si la laparatomie n'est pas immédiatement pratiquée et le vaisseau qui donne saisi et ligaturé.

Si, d'un autre côté, il n'existe pas d'hémorragie, les accidents ne présenteront plus la même gravité, mais en prenant l'histoire du cas, outre l'aménorrhée, la douleur, l'écoulement vaginal, la tendance à la syncope, on apprendra que la malade avait offert d'autres signes de grossesse, tels que nausées, vomissements, douleur et gonflement des seins : qu'elle a peut-être aussi, à un moment donné, rejeté par le vagin une membrane caduque. L'examen vaginal fera reconnaître une légère augmentation de volume de l'utérus ainsi que la présence, dans un des culs-de-sac, d'une tumeur plus ou moins volumineuse d'une exquise sensibilité.

Ces signes de la grossesse extra-utérine n'ont pas tous la même valeur ni la même fréquence. Ainsi, sur quatorze cas, j'ai constaté le retard de la menstruation, onze fois ; d'autres signes de grossesse, quatre fois ; tendance à la syncope, dix fois; écoulement vaginal sanguinolent, onze fois ; rejet d'une cadu-

que, trois fois : stérilité antérieure, sept fois ; antécédents pathologiques du côté de l'appareil génital, douze fois ; tumeur dans le cul-de sac postérieur, douze fois ; de la douleur, toujours. Cette douleur située dans la partie inférieure de l'abdomen, souvent d'un seul côté, est remarquable par son intensité, sa marche intermittente et paroxystique Presque toujours, pour la soulager, il est nécessaire de recourir aux injections hypodermiques de morphine.

L'écoulement vaginal est un des symptômes les plus caractéristiques. Peu abondant, constitué par du sang noirâtre, il est persistant ou disparait pendant quelques jours pour revenir surtout au moment de la réapparition de la douleur. Mais, le signe le plus important, à mon avis, et qui, dans la majorité des cas permet de dissiper tous les doutes, est la présence, dans un des culs-de-sac du vagin d'une masse sensible à la pression et généralement séparée de l'utérus par un sillon plus ou moins profond mais presque toujours perceptible.

Quant à la tendance à la syncope accompagnée de douleurs, on trouve écrit un peu partout qu'elle reconnaît pour cause l'hémorragie produite par la rupture de la trompe dont elle serait un signe infaillible. On soutient même, en certains lieux, que le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant rupture est impossible, vu l'absence de ces symptômes. Je m'inscris en faux contre cette assertion qui est absolument erronée. La tendance à la syncope est le plus souvent contemporaine de l'accès douloureux. Elle n'est que la réponse du grand sympathique à l'injure produite par les phénomènes pathologiques qui se passent dans la sphère génitale. En outre, la crise douloureuse, le sentiment de défaillance qui l'accompagne souvent, et en dehors des cas chez lesquelles on constate les signes indiscutables d'une hémorragie interne abondante, je ne connais aucun symptôme

qui puisse nous permettre d'assurer qu'il y a eu rupture. Quatre fois, sur les quatorze cas que j'ai observés, il m'a été très facile de diagnostiquer l'existence d'une grossesse extra-utérine et cependant il n'y avait pas eu rupture. Je vous demande la permission de citer ces observations qui, du reste, ne sont pas dépourvues d'un certain intérêt.

OBSERVATION I : Le 6 février je fus appelé pour voir en consultation Mlle C...... âgée de 32 ans. Elle a eu un enfant il y a huit ans et, depuis, a toujours joui d'une bonne santé ; pas d'avortement, menstruations régulières ; dernières règles le 13 novembre, c'est-à-dire trois mois auparavant. Le 13 décembre les règles font défaut. Le 25, jour de Noel, elle se lève en parfaite santé. A une heure de l'après-midi, elle est subitement prise de vives douleurs dans l'abdomen, accompagnées de nausées. A la suite de fomentations chaudes tout parait rentrer dans l'ordre. Huit jours après le début de ces accidents, apparait un écoulement vaginal de sang noirâtre qui a toujours persisté avec plus ou moins d'abondance, bientôt suivi par des douleurs abdominales presque constantes, augmentant parfois d'intensité et généralement plus vives du côté droit. Nausées fréquentes et défécation tellement douloureuse que les lavements sont devenus absolument insupportables.

A l'examen, l'utérus, augmenté de volume, parait légèrement en antéflexion. Tout le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse extrêmement douloureuse à la pression, s'étendant du côté droit et dont la limite supérieure est perçue, par l'examen bimanuel, à une largeur de doigt au dessus du pubis.

Elle entre à mon hôpital privé et est opérée le 9. L'abdomen ouvert, j'aperçois aussitôt, à la partie supérieure et postérieure de l'utérus. un petit fibrome de la grosseur d'une prune. La malade est mise dans la position déclive. Je trouve en bas

l'origine des annexes des deux côtés, mais tout est soudé au fond du Douglas. Le segment inférieur de l'utérus est adhérent au plancher du bassin, le fond déjeté en avant vers le pubis par le promontoire du sacrum ; le reste de l'organe. à partir de l'os interne jusqu'au col, est enfoui dans des adhérences qui le fixent au fond du cul-de sac rétro-utérin. En suivant le côté droit de l'utérus, je sens une large masse rénitente au fond du bassin, de couleur bleuâtre et ressemblant assez au gros intestin distendu ; elle est appliquée sur le côté de l'utérus auquel elle est intimement adhérente. Cette masse est constituée par la trompe repliée sur elle-même, énorme, tendue, fluctuante, offrant deux pouces de diamètre et à peu près six pouces de longueur, augmentant de volume vers son extrémité externe qui est fixée par de fortes adhérences au péritoine pelvien ainsi qu'aux anses intestinales.

Je me mets immédiatement en frais de séparer ces adhérences, manœuvre délicate à cause de l'intestin. Je trouve enfin sous la tumeur un plan de clivage, et insinuant mes doigts de plus en plus, je réussis à saisir toute la trompe de la grosseur de mon poignet. L'ovaire, apparemment normal, était situé à la partie inférieure. Les franges du pavillon étaient entièrement disparues, la trompe entière ressemblant à unecrosse de pistolet.

A gauche aussi la trompe est distendue, mais à un moindre degré que celle du côté opposé ; elle se termine également en cul-de-sac. L'extrémité abdominale fermée offre la grosseur d'une petite pomme. Les annexes furent enlevées des deux côtés. La trompe gauche contenait 15 à 20 grammes de sang noir, fluide, sans caillots. L'incision de la trompe *droite*, à son extrémité, découvre une masse grosse comme une orange et composée de caillots sanguins jaunâtres, à demi organisés. Après avoir enlevé ces caillots de l'intérieur de la trompe, j'ouvre une autre poche kystique d'où s'écoule un liquide transparent dans

lequel flotte un petit embryon, long d'un centimètre, attaché aux parois du sac par un cordon rudimentaire. Il n'y avait pas de rupture de la trompe, et, par conséquent, pas d'épanchement de sang dans la cavité péritonéale. L'hémorrhagie était inter-kysto-placentaire, le sang s'était coagulé entre le sac fœtal proprement dit et les parois tubaires distendues.

OBSERVATION II.—Madame P....23 ans, mariée depuis quatre ans, a eu deux enfants, le dernier il y a dix mois. Menstruée à 12 ans, toujours régulière, mais dysménorrhée intense. A toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de son dernier accouchement qui paraît avoir été suivi d'accidents septiques. Les règles survenues en juin font défaut en juillet. Le 18, à deux heures de l'après-midi, douleurs abdominales subites, faiblesse, pâleur, presque perte de connaissance. Les deux ou trois jours suivants, l'abdomen est douloureux et la malade a dû garder le lit. Puis elle devient mieux Le 25, c'est-à-dire cinq semaines après la dernière époque menstruelle, elle commence à perdre abondamment, sans douleur. Elle fait appeler son médecin qui lui administre de l'ergot. Les douleurs reparaissent aussitôt et elle perd connaissance. Le médecin, mandé en toute hâte, la trouve très pâle et crut qu'elle allait mourir. Cependant, elle prend du mieux, tout en continuant à perdre les jours suivants. Je la vis en consultation quelques jours après. Apparemment en bonne santé, elle se plaint de faiblesse et de quelques douleurs abdominales plus vives du côté gauche.

EXAMEN : Légère lacération du périnée ; utérus en antéflexion, mobile, pas sensible à la pression ; col granuleux ; annexes du côté droit normales. Dans le cul-de-sac postérieur, masse de la grosseur d'un œuf de pigeon, très sensible au toucher. Sur le côté gauche, on sent l'ovaire dur et légèrement augmenté de volume.

Laparotomie : La trompe gauche est libre dans le Douglas sans aucune adhérence, dilatée, de la grosseur d'une petite orange et non rupturée.

Examen de la pièce après l'opération : Un coup de ciseau provoque l'issue de quelques caillots, et la membrane amniotique apparaît intacte. Je l'ouvre ; elle est remplie d'un liquide transparent contenant un petit embryon de quatre à cinq semaines. Les annexes du côté droit étaient parfaitement normales et furent laissées dans l'abdomen.

Cette malade est retournée chez elle avec un seul ovaire, mais elle s'en est largement servi, puisqu'elle a fait successivement deux enfants qui se portent très bien. A ce sujet, je vous demande de faire une légère digression qui ne sera peut-être pas sans intérêt.

Vous connaissez sans doute la théorie émise, il y a quelques années, par le docteur Schenck, de Vienne, et qui consiste à soumettre la femme enceinte à un traitement déterminé pour obtenir un garçon ou une fille. Vous savez également que le système appliqué à la cour de Russie, où l'on désirait un prince, a abouti à la naissance d'une princesse. Cette question de la procréation des sexes a été reprise plus tard sous une apparence plus scientifique par un médecin grec, M. Nicolopoulos. Je vous fais grâce de la description de sa théorie subtile. Je vous dirai simplement que, d'après ce savant helléniste, les deux ovaires fonctionneraient alternativement dans la confection des enfants, l'ovaire droit produisant toujours des mâles et l'ovaire gauche toujours des femelles. J'avais enlevé l'ovaire gauche dans le cas que je viens de citer ; je savais en outre que ma malade avait eu deux enfants depuis l'opération, deux mâles, évidemment selon les idées de M. Nicolopoulos. J'éprouvai le désir de vérifier l'exactitude de ces observations et je me rendis

dans ce but au domicile de mon ancienne malade. Après les salutations d'usage, je la félicitai sur le bonheur qu'elle avait eu de donner successivement naissance à deux enfants depuis notre dernière entrevue :

"—Deux petits garçon, évidemment, n'est-ce pas ?

"—Non, monsieur, deux filles !..."

Enfoncé M. Nicolopoulos ! à moins que l'ovaire droit de la petite femme ne fût gaucher de naissance...

L'observation que je vais maintenant vous citer est intéressante à plusieurs titres. D'abord, c'est un nouvel exemple de grossesse extra-utérine diagnostiquée avant rupture ; en second lieu, le sac fœtal siégeait dans la corne interne de l'utérus, constituant ce qu'on est convenu d'appeler une grossesse interstitielle. Enfin, douze mois après la première opération, j'ai dû intervenir de nouveau chez la même femme, pour une grossesse ectopique diagnostiquée aussi avant rupture et développée dans la trompe du côté opposé.

OBSERVATION III.—Madame R....,21 ans, mariée depuis 3 ans, a eu un enfant deux ans auparavant. Reglée en septembre, pas de règles en octobre. Six semaines après la dernière période menstruelle, elle est subitement prise de douleurs abdominales aigues, lancinantes, accompagnées de ténesme et suivies de l'expulsion d'une membrane ayant toute l'apparence d'une caduque. Le médecin appelé auprès d'elle a dû avoir recours aux injections hypodermiques de morphine pour soulager la douleur. Le lendemain et les jours suivants, retour de la douleur à intervalles paroxystiques et accompagnée d'écoulement sanguin par le vagin.

Examen : Col déchiré ; le fond de l'utérus déjeté à droite par une petite masse dure, douloureuse et siégeant au niveau de la corne gauche.

Opération : Curetage, Schroder et l[illegible]parotomie.

Les annexes du côté droit sont absolument normales ; l'utérus est légèrement tourné sur son axe vertical et un peu à gauche de la ligne médiane, on aperçoit une tumeur de la grosseur d'une grosse prune, bleuâtre et développée dans le tissu de l'utérus lui-même au niveau de la corne gauche, à l'origine de la trompe qui, jusqu'à son pavillon, paraît, du reste, absolument normale.

Les annexes de ce côté sont enlevées d'abord entre deux ligatures ; une pince est appliquée à la base de la tumeur et pendant cette manœuvre le sac fœtal se rompt ; une petite quantité de liquide amniotique s'échappe entraînant un petit embryon de la grosseur d'un poids, qui se dissout immédiatement comme une tache de matière purulente. Le sac est enlevé et la solution de continuité dans l'utérus consue avec des fils de catgut superposés.

Cette malade, retournée chez elle, a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au 8 octobre de l'année suivante, époque à laquelle elle eut ses règles normalement. Entre cette époque et celle de novembre elle éprouva fréquemment de légères douleurs dans la région ovarienne droite. Le 8 novembre, la menstruation apparut précédée, accompagnée et suivie de douleurs intenses. Le médecin fut appelé et constata une sensibilité considérable dans la région iliaque droite et crut un instant à une attaque d'appendicite, mais, il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni constipation, ni fièvre. Un traitement approprié fut prescrit, les douleurs disparurent et au bout de deux jours la malade quitta son lit, mais elle continua à perdre du sang par le vagin. Quelques jours après, les douleurs reparurent, aigues, intenses ; la malade croyait à tout moment qu'elle allait perdre

connaissance. On fit quelques piqûres de morphine qui procurèrent un soulagement temporaire.

Je fus appelé pour la voir en consultation le 12 novembre. Je la trouvai au lit, se plaignant de mictions douloureuses et fréquentes, ainsi que d'une vive douleur dans le côté droit de l'abdomen ; pas de constipation, pas de météorisme, ni nausées, ni vomissements ; température normale. La palpation de la région iliaque droite est extrêmment douloureuse. A l'examen vaginal il m'est impossible de rien découvrir dans les culs-de-sac, mais la douleur provoquée par la pression sur le col et principalement dans le cul-de-sac droit est tellement grande que l'exploration bi-manuelle est presque impossible. La malade fut transportée à l'hôpital St-Luc, où je l'opérai le lendemain.

Cœliotomie : A l'ouverture du péritoine, deux ou trois onces de sang noirâtre, fluide, s'écoulèrent de l'abdomen. J'aperçois une masse libre d'adhérences au niveau des annexes du côté droit. Je l'amène en dehors de l'incision et je constate que la trompe droite est distendue vers son milieu par une tumeur bleuâtre, fluctuante, de la grosseur d'une petite pomme. Du sang noirâtre suinte par l'extrémité abdominale de la trompe ; le Douglas est presque rempli par des caillots sanguins, demi fluides. La trompe *non rupturée* fut enlevée et examinée ; elle contenait un large caillot sanguin, très mou et facilement énucléé de la surface interne. Pas de trace d'embryon qui a dû être entraîné à travers l'ostium abdominal.

Ainsi quatre fois sur quatorze il m'a été permis de poser le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant rupture, ce qui me permet, il me semble, d'en déduire les conclusions suivantes :

On ne saurait affirmer d'une manière certaine l'existence de

la grossesse extra-utérine en l'absence de douleur, symptôme qui ne manque presque jamais.

L'apparition de la douleur, quelle que soit son intensité, ne signifie nullement qu'il y a rupture, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la réaction subjective des lésions de l'appareil tubo-ovarien étant soumise à des susceptibilités individuelles que je ne tenterai pas d'expliquer mais qui sont réelles et d'observation journalière.

Quant à la récidive de la grossesse extra-utérine, permettez-moi d'ajouter à l'observation que je viens de citer les deux cas suivants qui sont absolument remarquables.

OBSERVATION IV.—Madame T. B.... 33 ans, mariée depuis onze ans, a eu un enfant il y a dix ans : pas d'avortement ; a toujours joui d'une excellente santé : régulièrement menstruée sans douleurs jusqu'à il y a deux ans, alors que les règles furent supprimées pendant quatre mois. Elle n'éprouvait aucun signe de grossesse, disait-elle, mais souffrait de douleurs vives dans l'abdomen, accompagnées de leucorrhée et de pesanteur dans le vagin.

A cette époque, elle consulta plusieurs médecins qui différèrent d'opinion. Quelques-uns déclarèrent qu'elle était peut-être enceinte. L'un d'eux crut en outre avoir remarqué à gauche une tumeur dans le cul-de-sac vaginal. Au bout de quatre mois, sans aucun symptôme d'avortement, les règles revinrent et tout parut rentrer spontanément dans l'ordre. Cependant, elle continua d'éprouver, dans la région ovarienne gauche, une douleur qui, quoique légère, n'a jamais disparu entièrement.

Deux ans après, les règles, qui étaient toujours survenues régulièrement depuis la dernière maladie, firent défaut en septembre. Vers le milieu d'octobre, elle ressentit de vives douleurs abdominales qui persistèrent jusqu'au commencement de

novembre, alors qu'elles devinrent si intenses, surtout dans le côté droit, que la malade dût se mettre au lit. On eut recours aux piqûres de morphine, mais comme les symptômes ne subirent qu'une amélioration passagère. elle entra à l'hôpital le 10 novembre, c'est-à-dire trois mois après la dernière époque menstruelle.

EXAMEN : Col mou, aplati derrière le pubis ; on sent le fond de l'utérus à la partie inférieure de l'abdomen un peu au-dessus de la symphise ; il est dirigé vers le côté gauche de la ligne médiane ; le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse rénitente occupant tout le côté droit du bassin et séparée de l'utérus par un sillon profond. Dans la région iliaque gauche, on perçoit nettement une petite tumeur irrégulière située entre l'os des îles et la ligne médiane. Cette tumeur dure, superficielle, ne paraît avoir aucun rapport avec l'ovaire du même côté.

En présence des symptômes offerts par la malade, je crus bien à l'existence d'une grossesse extra-utérine du côté droit, mais, deux ans auparavant elle avait présenté exactement les mêmes symptômes, v. g. : suppression de la menstruation, vives douleurs abdominales, tumeur fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, et cependant elle était devenue mieux spontanément et s'était toujours bien portée depuis.

Je pratiquai la laparotomie le 13 novembre : incision de l'ombilic au pubis. Aussitôt que la cavité péritonéale est ouverte, un petit lithopédion d'à peu près deux pouces de longueur apparaît libre dans la cavité abdominale mais adhérant aux intestins. Je le sépare aisément de ses adhérences et l'enlève. C'est un petit fœtus de huit à dix semaines, parfaitement formé; ses petites jambes adhèrent au péritoine pariétal, sa tête est fléchie et intimement adhérente au thorax. Dans la trompe gauche, je trouve une masse jaunâtre à laquelle le lithopédion pa-

rait avoir été attaché par son pôle postérieur. C'était évidemment le produit de la grossesse extra-utérine qui avait eu lieu deux ans auparavant.

Après avoir séparé quelques anses intestinales qui adhéraient à la surface postérieure de l'utérus, je trouvai du côté droit une autre masse plongeant jusqu'au fond du Douglass et recouverte par le ligament large dont le feuillet postérieur était intimement adhérent au plancher du bassin. Je séparai les adhérences, après avoir trouvé une ligne de clivage. L'appendice, soudé à la masse par son extrémité libre, était le siège d'un ulcère situé vers le milieu ; je l'enlevai. La tumeur recouverte par le feuillet postérieur du ligament large apparaissait tendue, faisant saillie dans la cavité du bassin. Je la crevai avec le doigt et provoquai l'irruption d'une grande quantité de caillots sanguins, noirâtres, qui furent soigneusement enlevés. En plongeant la main un peu plus profondément, je sentis une autre tumeur fluctuante, le sac fœtal, que je crevai également ; du liquide amniotique s'échappe et je pus extraire un fœtus parfaitement conformé, long de quatre pouces, paraissant très frais et évidemment vivant. Un petit cordon était attaché à l'ombilic conduisant à la masse placentaire, que je réussis à détacher sans trop d'hémorragie. J'avais évidemment affaire à un cas de grossesse extra-utérine, developpée et rompue entre les feuillets du ligament large, l'œuf continuant à croître au-dessus de la voûte vaginale, dans une situation par conséquent extra-péritonéale.

Cette observation d'une grossesse extra-utérine double, avec un lithopédion provenant d'une grossesse ectopique antérieure, rupturée vers la huitième semaine, constitue un cas excessivement rare. Je n'ai trouvé dans la littérature médicale qu'un seul cas analogue cité par le docteur J. H. Ferguson, dans le numéro de février 1899, du "Edimburg Medical Journal".

Voici maintenant l'observation d'un troisième exemple de récidive de grossesse ectopique, survenue à cinq ans d'intervalle.

OBSERVATION V.—Le 4 avril, 1896, je fus consulté par Mme O'C.... âgée de 26 ans, mariée depuis huit mois. Menstruée régulièrement et devenue enceinte immédiatement après son mariage, elle fit à deux mois un avortement dont les suites furent absolument normales. Menstruée en janvier et février, elle eu un retard le mois suivant. Le 17 mars, pendant la nuit, elle fut prise subitement de vives douleurs abdominales, accompagnées de nausées et de vomissements ; un écoulement vaginal sanguin apparut mêlé de caillots, sans rejet de membrane caduque. Elle continua à perdre et dût garder le lit. Deux fois elle éprouva une grande tendance à la syncope. L'écoulement vaginal persista ainsi que les douleurs qui revinrent à intervalles irréguliers, siégeant dans le côté gauche et accompagnées de pollakiurie. A l'examen vaginal, je trouvai l'utérus dans une position verticale, refoulé vers le pubis, un peu à droite de la ligne médiane, par une large masse occupant tout le cul-de-sac postérieur, excessivement sensible à la pression. Le col est entrouvert, et après examen, le doigt revient couvert de mucus et de sang.

La malade fut conduite à mon hôpital privé, ou je pratiquai une colpotomie postérieure. Une large tumeur kystique apparut, rouge, tendue et fluctuante. J'en fis l'ouverture et en extrayai une grande quantité de caillots sanguins, jaunes noirâtres. L'enveloppe de la tumeur était attachée tout autour aux parois du bassin par des adhérences molles que je rompis facilement et la poche entière fut extirpée. Il me fut impossible de constater l'état des annexes qui n'apparurent à aucun moment dans le champ opératoire, mais les symptômes cliniques me firent

croire à l'existence d'un avortement tubaire dans la trompe gauche et aboutissant à la formation d'une large hématocèle.

Dans le mois de février 1900, c'est-à-dire cinq ans plus tard je revis cette malade. Reglée tous les mois pendant six ou sept jours modérément et sans douleurs, elle s'était comparativement bien portée depuis l'opération. L'automne précédent, toutefois, elle avait éprouvé un retard de six semaines ; les règles revinrent ensuite mais irrégulièrement, n'apparaissant que toutes les six ou sept semaines. Le 15 janvier elle fut reglée pour la dernière fois. En février elle eut un retard de plusieurs jours, puis les règles reparurent et le 26 elle fut prise de violentes douleurs abdominales, accompagnées de vomissements et de syncopes. Je la vis le 27 et la trouvai la figure pâle, le pouls rapide et en proie à de vives douleurs dans l'abdomen dont l'exploration fut difficile à cause de l'exquise sensibilité.

A l'examen vaginal, je constatai la présence d'une tumeur semi fluctuante dans le cul-de-sac de Douglass et je fis conduire la malade à l'hôpital St-Luc, où je pratiquai la laporatomie. Je trouvai l'épiploon adhérent à une large masse fluctuante située au fond du bassin du côté droit. En détachant l'épiploon, la poche se ruptura découvrant entre l'utérus et la masse intestinale une large cavité d'où s'échappèrent de nombreux caillots sanguins qui furent soigneusement enlevés. L'hématocèle était bornée en avant par la surface postérieure de l'utérus ; en arrière par la tumeur ; à gauche le sac fœtal rampait sous les annexes du côté opposé, qui apparurent augmentées de volume et contenant un kyste parovarien, de la grosseur d'une prune, auquel la trompe intacte adhérait intimement. La trompe droite était soudée à l'ovaire, rupturée et tellement altérée qu'il me fut très difficile de reconnaître ses relations anatomiques.

La récidive de la grossesse extra-utérine est plus fréquente

qu'on ne serait porté à se l'imaginer. Ce fait, rendu indiscutable aujourd'hui par le nombre d'observations citées dans ces dernières années, nous conduit naturellement à rechercher quelles peuvent être les causes de cette erreur de domicile de l'œuf fécondé.

Quelle est la condition analogue qui joue le rôle de cause d'ectopie dans les deux trompes, se demande Kustner?

Cette répétition des mêmes accidents serait-elle due à une prédisposition congénitale ou acquise dont seraient affectées les deux trompes successivement atteintes, un arrêt de développement bi-latéral gênant la progression de l'œuf vers l'utérus et l'arrêtant dans une des sinuosités infantiles de l'oviducte, selon l'hypothèse de Freund ?

La deuxième grossesse tubaire ne parait-elle pas être causée par les modifications entrainées par la première opération ? Ou bien enfin, ne serait-il pas possible qu'à la suite d'une grossesse utérine antérieure il ne se soit produit des altérations inflammatoires peri ou endo-salpingiennes, gênant la progression de l'œuf et rendant apte à l'ectopie un appareil qui, jusque là, lorsqu'il était sollicité de loger un œuf fécondé, le logeait en bon lieu ?

Les docteurs Varnier et Sens, dans un travail très consciencieux publié en mars 1901, dans les Annales de Gynécologie, se sont posé ces différents problèmes sans leur donner une solution satisfaisante.

Il est évident que le degré d'intégrité de la trompe qui devra devenir le siège de la récidive joue un rôle important dans cette question d'étiologie et l'hypothèse d'altération préalable des annexes comme cause prédisposante de grossesse ectopique est absolument séduisante. Des trois cas que je viens de rapporter les deux derniers offrent ces conditions d'une manière indiscutable, mais dans l'autre, j'ai pu clairement constater, lors de la

première opération, l'intégrité apparemment parfaite des annexes du côté opposé. Il est vrai qu'à cette affirmation Duhrssen répondra que la trompe ultérieurement gravide peut paraître normale à l'examen mascroscopique et offrir pourtant sous le champ du microscope les signes manifestes d'une salpingite catarrhale chronique. D'accord, je ne discute pas, mais je me crois autorisé à tirer de ces diverses opinions les conclusions suivantes :

Puisque la grossesse extra-utérine est toujours un accident sérieux pour la femme qui en est atteinte ; puisque la récidive est reconnue comme relativement fréquente ; puisqu'il est impossible de constater "de visu" l'intégrité de la trompe qui, apparemment saine, peut être néanmoins le siège d'une endosalpingite, condition reconnue favorable à la production de la grossesse ectopique, le chirurgien ne fera qu'obéir aux règles de la prudence, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, en enlevant en même temps les annexes du côté opposé. C'est un moyen radical et efficace de conjurer les dangers que peut réserver l'avenir : quand on ne peut délier le nœud gordien, on le coupe.

Il me semble entendre les récriminations que ces remarques ne manqueront pas de provoquer de la part des chirurgiens ultra-conservateurs, mais je demanderai à ces derniers pourquoi ils veulent, en chirurgie, imiter ceux qui en d'autres lieux se montrent, comme on dit vulgairement, plus catholiques que le Pape ? Je sais bien que nous pouvons parfois nous trouver placés dans des circonstances exceptionnelles où les parties intéressées sont prêtes à courir tous les risques pour conserver l'espoir d'une progéniture possible ; nous serions alors coupables de ne pas nous rendre à leur légitime désir. Mais le plus souvent, c'est faire preuve d'un zèle dont l'opportunité est certes bien discutable que d'exposer une pauvre femme à des dangers

qui peuvent lui coûter la vie, au nom d'une philosophie plus ou moins orthodoxe.

Puisqu'il est question d'orthodoxie et du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, me serait-il permis de vous demander dans quelle situation le chirurgien catholique se trouve placé vis-à-vis les enseignements de la théologie au moment où, armé du couteau, il va ouvrir le ventre de la mère, détacher délibérément et faire mourir le fœtus souvent vivant et dont l'âme est unie au corps dès le moment de la conception ?

Messieurs, dans un autre milieu, je n'oserais peut-être pas formuler cette question qui ne manquerait pas d'être accuillie par des haussements d'épaules et peut-être des sourires de pitié causés par la prétendue naïveté de mes srcupules extra-archaïques ; mais, malgré les merveilleuses découvertes qui, sur le seuil de ce vingtième siècle, semblent justifier la philosophie contemporaine de se permettre toutes les audaces, il existe peut-être un certain nombre d'arriérés qui, comme moi, ont conservé quelque respect pour les vieilles chansons qui pendant si longtemps ont bercé les misères de l'humanité, c'est à ceux-là que je m'adresse.

Vous connaissez tous à quelles interminables discussions à donné lieu de tout temps la question de savoir quelle conduite devait tenir le médecin catholique en présence d'un cas de dystocie où les jours de la mère étaient menacés par un enfant vivant, refusant absolument d'entrer dans cette vallée de larmes d'une manière ordinaire et naturelle. Faut-il demeurer inactif, faire la craniotomie ou l'opération césarienne ? Or, pour nous catholiques, il ne saurait y avoir d'ambiguité, le Saint Office s'étant chargé, en 1884, de fixer d'une manière péremptoire le devoir de l'accoucheur en pareille occurrence : "Arrrangez-vous comme vous voudrez, mais si le fœtus est vivant, n'y touchez pas : le fœticide est défendu en toutes circonstances".

Cependant ces décrets sont antérieurs aux connaissances nouvelles réalisées par les progrès des sciences médicales et ne sauraient s'appliquer directement aux interventions chirurgicales réclamées par l'existence de conditions pathologiques aujourd'hui parfaitement définies mais sur lesquelles nous ne possédions autrefois que des notions incomplètes D'un autre côté, il est permis de croire que la règle prohibitive qui nous défend de détruire un fœtus vivant"in utero" s'applique également à l'embryon vivant, situé en dehors de l'utérus.

Presque tous les théologiens modernes sont muets sur cette question ainsi présentée sous un jour nouveau. Le docteur Lembkul, l'illustre casuiste dont l'autorité est universellement reconnue, est le seul qui ait côtoyé le sujet. Il dit : "Le fœtus cesse d'avoir droit à la vie intra-utérine, non seulement quand il amène un danger pressant de mort à la mère, mais aussi quand il devient évident qu'il lui sera fatal et cela avant sa maturité, d'où il est licite de procéder à son extirpation".

Or, s'il est vrai que, dans le développement extra-utérin, le fœtus peut être dès les premiers mois non viable, conséquemment un danger fatal pour la vie de la mère, à cause d'hémorragies ou autres raisons de ce genre, dès que le médecin reconnait les symptômes certains du danger maternel il peut rompre le lien anormal auquel se rattache la vie du petit monstre humain. Ce n'est pas le tuer directement, c'est le faire tomber, plante parasite, de l'arbre dont il compromet l'existence. Il va périr, on le sait, c'est un résultat qu'on prévoit et qu'on déplore, mais qu'on permet sans le vouloir. Ce qu'on veut c'est sauver une plus noble et plus précieuse vie humaine.

Le médecin peut donc, sans danger, engager sa responsabilité morale, se rallier sans scrupule à la formule énoncée par Pinard, laquelle domine la thérapeutique actuelle des grossesses

ectopiques : "Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale".

Examinons un peu ce que devient la grossesse extra-utérine non opérée et abandonnée à elle-même.

1° La trompe se brise, une hémorragie plus ou moins considérable se produit, puis le vaisseau rupturé se ferme spontanément et l'embryon, entraîné par l'inondation, périt au milieu du sang épanché qui, lui, se coagule dans le Douglass, s'enkyste et constitue l'hématocèle. Peu à peu le sang se résorbe et tout rentre dans l'ordre ; ou bien l'infection s'en mêle, un abcès se forme séparé de la grande cavité abdominale par l'exsudat péritonéal ; un coup de couteau dans le cul-de-sac postérieur et c'est la fin.

A ce propos, doit-on considérer toutes les hematocèles rétro-utérines comme provenant de la rupture de la grossesse ectopique ?

Je n'ai ni le temps ni l'intention d'entrer sur ce sujet dans une longue discussion et j'avoue volontiers que la question de la pathogénie des hémorragies pelviennes est loin d'être tranchée. Il est indiscutable que du sang peut être versé dans le cul-de sac péritonéal à la suite de conditions pathologiques multiples, v. g. hémorragie folliculaire de l'ovaire, tumeur maligne de l'utérus ou des annexes, veines variqueuses du ligament large. Doran et d'autres citent des cas d'apoplexie ovarienne dans lesquels la pression intérieure avait rompu l'ovaire en deux parties égales. Gardner cite un cas dû à une tuberculose miliaire des trompes. Cependant ce ne sont là que de rares exceptions et, depuis la démonstration de la théorie gravidique de l'hématocèle pelvienne due à Gallard et vulgarisée par L. Tait, cette doctrine a pris une extension telle qu'aujourd'hui la plupart des hémorragies rencontrées dans le bassin sont rangées dans la catégorie des

grossesses ectopiques. Pour ma part, je suis tellement convaincu de la justesse de cette proposition que je n'hésite pas à déclarer l'hématocèle d'origine gravidique, même en l'absence de signes positifs révélés par le microscope, quand les symptômes accusés par la malade ont présenté la marche et le caractère de ceux que l'on rencontre habituellement dans les cas de grossesse extra-utérine. Certes, loin de moi l'idée de vouloir diminuer l'importance des renseignements fournis, dans l'immense majorité des cas, par l'examen pathologique, mais je me demande si les résultats négatifs obtenus au moyen du microscope sont toujours suffisants pour réduire à néant les significations d'un tableau clinique qui, dans certains cas, se présente avec une valeur absolument pathognomonique.

Il me serait facile de citer des exemples d'hématocèles où le microscope n'avait fait découvrir aucune villosité choriale et qui cependant étaient évidemment dues à une grossesse extra-utérine. Des faits semblables ont été observés par d'autres. Ainsi le 10 mai 1901, Ruge, dans le but de démontrer l'origine non gravidique d'une hématocèle, s'appuyait en particulier sur l'examen d'une pièce d'hémato-salpinx présentée à la société gynécologique de Berlin et dont l'examen lui paraissait négatif. Sur l'invitation de Veit, qui ne partageait pas son opinion, l'analyse histologique fut reprise avec plus de soin et, à la séance du 12 juillet, Keller présenta de nouveau la même pièce sur laquelle il avait reconnu manifestement les villosités choriales.

Doléris cite un cas analogue.

Quoi qu'il en soit, au point de vue pratique, cette question de pathogénie offre une importance absolument secondaire, l'hématocèle rétro-utérine réclamant le même traitement, quelle que soit son origine.

2° Si, au lieu de périr au milieu du sang de l'hématocèle,

l'œuf résiste à l'accident de la rupture, il s'implante sur un point quelconque de la cavité péritonéale et peut continuer à se développer jusqu'au terme et être extrait vivant au moyen de la laparatomie ; ou bien il meurt à un moment quelconque de son existence intra-abdominale, s'enkyste, se pétrifie et peut persister à l'état de "caput mortuum" dans le ventre de la mère. On a cité des exemples de lithopédions qui ont existé de la sorte pendant vingt, trente et quarante ans, leur présence au milieu de la masse intestinale ne produisant que des accidents insignifiants.

Si, au lieu de se pétrifier de bonne heure, comme dans l'observation IV que j'ai citée plus haut, le fœtus meurt près du terme de la grossesse, il peut devenir la cause de symptômes inquiétants et de nature à embarrasser sérieusement le diagnostic. Je vais vous en citer un exemple.

Observation VI.—Madame T.... trente-trois ans, mariée depuis neuf ans, a eu deux enfants, le premier il y a huit ans, le dernier il y a dix-sept mois. Sept ans de stérilité entre les grossesses ; a toujours été régulièrement menstruée. Le 2 juin 1898, apparition des dernières règles ; signes de grossesse pendant les trois mois suivants ; mouvements du fœtus perçus au milieu de novembre. Pendant l'été, elle éprouva quelques douleurs abdominales qu'elle attribua à des crampes intestinales. Vers le commencement de septembre, en sortant du lit, elle fut prise un matin de douleurs abdominales excessivement intenses. Son mari accourt et la trouve presque sans connaissance, les lèvres blanches, la face pâle et couverte de sueurs. Elle se remet au lit et, durant plusieurs jours, se plaint constamment de douleurs à travers l'abdomen. Ecoulement sanguin par le vagin pendant dix jours et finalement, rejet d'une membrane caduque caractéristique.

Le médecin de la famille crut que la malade était menacée d'avortement, mais peu à peu tout parut rentrer dans l'ordre et les douleurs disparurent.

Dans le mois de février, elle a de nouveau une crise de douleurs abdominales après quoi elle cesse de sentir les mouvements du fœtus. Pendant un mois elle perdit du sang par le vagin ; l'abdomen, qui avait augmenté graduellement jusqu'à ce qu'elle cessât de percevoir les mouvements fœtaux, diminua de volume à partir de cette époque, toutes les douleurs disparurent et elle devint parfaitement bien.

A la fin du mois de mars, date à laquelle elle croyait devoir accoucher, comme elle n'éprouvait aucun signe de travail, elle devint inquiète et fit demander de nouveau le médecin qui parla de provoquer l'accouchement.

Le 25 avril, c'est-à-dire dix mois et demi après la dernière menstruation, elle vint me consulter à Ottawa. Elle offrait toutes les apparences d'une santé parfaite et n'éprouvait absolument aucune douleur.

A l'examen, l'abdomen, qui est le siège d'un développement assez considérable, n'offre pas cependant la tension qu'on observe à la fin de la grossesse ; la peau est mobile sur les muscles sous jacents. On sent une tumeur distincte sur la ligne médiane ; elle est sphérique, modérément dure, la limite supérieure s'élevant jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et le sternum ; le bord inférieur est situé à cinq centimètres au-dessus du pubis ; de chaque côté elle s'étend presque jusqu'aux lignes latérales de l'abdomen. Cette tumeur est mobile de haut en bas et de gauche à droite, mate à la percussion et légèrement sensible. Le col utérin est gros et ramolli ; l'utérus, mobile, est facilement délimité par la palpation bi-manuelle et on sent le fond au-dessus de la symphise du pubis. La tumeur est certainement indépendante

de l'utérus et peut être déplacée dans toutes les directions sans que le doigt appliqué sur le col perçoive la sensation des mouvements qu'on imprime à la tumeur. A droite, on constate la présence d'une masse séparée de l'utérus par un sillon distinct ; elle est dure, unie, non fluctuante et légèrement sensible à la pression.

Sans doute, c'est un cas de grossesse extra-utérine. La malade a dû devenir enceinte au mois de juillet, et en septembre la rupture a eu lieu. Cependant, le fœtus a continué à se développer dans la cavité abdominale jusqu'au mois de février, époque à laquelle il est mort à huit mois au commencement d'un faux travail. L'abdomen alors a diminué de volume à cause de l'absorption d'une certaine quantité de liquide amniotique. Cette tumeur est évidemment constituée par le fœtus et la masse perçue du côté droit doit être le placenta. Le fœtus étant mort depuis deux mois, la circulation placentaire est vraisemblablement abolie, et les thrombus qui se sont formés permettront probablement l'extirpation totale sans beaucoup d'hémorrhagie.

L'opération, qui fut pratiquée le 29 avril, confirma le diagnostic en tous points. Il n'existait plus aucun liquide amniotique, le fœtus, libre dans la cavité abdominale, était recouvert par une membrane qui l'enveloppait entièrement comme une toile d'araignée. Il était situé transversalement, le dos tourné vers la paroi abdominale ; la tête, fléchie, plongeait dans la fosse iliaque gauche, le bras droit appliqué sur le côté du corps, l'avant-bras fléchi, et le coude droit situé superficiellement et formant la limite inférieure du fœtus. Les cuisses étaient fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses. Le placenta était enfoui à droite tout au fond du Douglas ; le fœtus, lui, était attaché par un cordon épais et blanchâtre dans lequel il n'existait plus aucun vestige de circulation. Tout fut enlevé sans qu'il

s'écoula une goutte de sang. La malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines, parfaitement rétablie.

3° Il existe une troisième terminaison de la grossesse extra utérine, plus dramatique et plus solennelle. Je veux parler de ces cas d'inondation péritonéale foudroyante causée par la rupture des vaisseaux de la trompe qui refusent de se fermer spontanément et qui, en quelques heures, mettent la malade en danger de mort. Ici pas d'alternative, il faut ouvrir le ventre non pas demain, mais ce soir, de suite, opérer à la lumière artificielle, en plein collapsus, aller saisir le vaisseau qui donne et y jeter une ligature. Pas de demi-mesures, surtout ne pas commettre l'erreur d'attendre une réaction sur laquelle il ne faut jamais compter. Qu'un assistant injecte 300 à 400 c. c. de sérum artificiel sous les seins pendant que le chirurgien pratique la laparatomie. A l'ouverture de l'abdomen un jet de sang fluide jaillit souvent comme d'une fontaine ; il faut s'en inquiéter, élargir l'incision, aller de suite à la recherche de la trompe rupturée et appliquer une pince sur le vaisseau qui saigne. Alors seulement il faudra s'occuper des caillots semi-fluides qui remplissent l'abdomen, les enlever entièrement et procéder enfin à l'extirpation du sac fœtal après ligature des artères.

Ces orages ne prennent pas toujours les proportions d'un déluge ; le plus souvent des hémorragies successives plus ou moins abondantes se produisent, séparées par des accalmies durant lesquelles nous avons le temps de réfléchir. L'écoulement sanguin vaginal persiste, les douleurs reviennent d'une manière intermittente, la fièvre s'allume et l'examen vaginal nous permet de constater la présence d'une tumeur rénitente et sensible, facilement circonscrite par la palpation bi-manuelle. Ici encore l'intervention s'impose et ne doit pas être différée, afin de conjurer l'inondation péritonéale qui peut produire une nouvelle hémorragie imminente. Que l'on choisisse le vagin

ou la voie abdominale, cela dépend des prédilections individuelles, mais il faut pénétrer jusqu'au corps du délit et en faire l'extirpation.

Quand nous avons affaire à une hématocèle éteinte, reliquat inerte d'une hémorragie qui ne menace plus de se reproduire, la voie vaginale est toute indiquée, une simple colpotomie postérieure suffit pour nettoyer le Douglas des caillots ou même du pus qu'il renferme. Mais si les accidents encore récents ont conservé une certaine activité, il est à mon avis plus prudent d'ouvrir l'abdomen et d'aller constater " de visu " ce qui se passe, car, quelque ferme que soit le diagnostic, l'ouverture du ventre peut toujours nous réserver des surprises réclamant, pour y faire face, une combinaison anatomique plus parfaite que celle qui a la prétention de placer l'œil au bout du doigt du chirurgien.

Conclusions

Le médecin général, tout comme le spécialiste, doit être en mesure de reconnaître la grossesse extra-utérine au début afin de pratiquer ou de réclamer une intervention opportune et efficace.

On ne saurait affirmer d'une manière certaine l'existence de la grossesse ectopique en l'absence de douleur, symptôme qui ne manque presque jamais

L'apparition de la douleur, quelle que soit son intensité, ne signifie nullement qu'il y a rupture, même quand cette douleur est accompagnée de tendance à la syncope, la réaction subjective des lésions de l'appareil tubo-ovarien étant soumise à des susceptibilités individuelles réelles et d'observation journalière.

Etant donné la fréquence de la récidive, et puisque l'on ne saurait affirmer l'intégrité des annexes par un simple examen

macroscopique, ne vaut-il pas mieux, dans le cours d'une opération pour grossesse extra-utérine, enlever en même temps la trompe du coté opposé ?

Dans l'immense majorité des cas, l'hématocèle retro-utérine doit être considérée comme le produit d'une grossesse ectopique, même en l'absence de signes positifs révélés par l'examen microscopique.

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée doit être opérée. Ce traitement, indiqué par la chirurgie contemporaine n'engage nullement la responsabilité morale du chirurgien, le fœticide dans les cas de ce genre étant, selon les théologiens, absolument licite " *salvo meliori judicio* ".



DU VERATRUM VIRIDE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par E. A. RENE DE COTRET

Professeur suppléant d'Obstétrique, Accoucheur de la Maternité.

Comme accoucheur d'une maternité, depuis bientôt 13 ans, j'ai rencontré un nombre considérable de cas d'éclampsie, et comme professeur d'Obstétrique, j'ai eu l'occasion maintes et maintes fois, d'être appelé par des confrères dans d'autres cas de cette même terrible manifestation puerpérale. Hé bien! aujourd'hui, si je résumais ma pratique, je dirais : J'ai essayé de tous les traitements, moins un, et c'est le traitement par la morphine. Celui-ci je ne l'ai pas encore employé parce que, généralement, les autres traitements m'ont réussi.

Le *chloral* et le *bromure de potassium*, tous deux à hautes doses, ne m'ont jamais donné même un semblant de succès. Pendant l'accès de convulsion, ils ne sont d'aucun effet. Mais, comme prophylactiques, ils sont excellents. Je les prescris très souvent quand le régime lacté n'est pas suffisant, et qu'il existe des prodrômes plus ou moins inquiétants, tels que : céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles ou surdité, troubles de la vue, gastralgie, vomissements ou albuminurie considérable qui ne cède pas au régime lacté. Je me suis très bien trouvé de ces deux médicaments administrés occasionnellement ou 3 fois par jour, suivant les circonstances. Je les donne encore quelquefois

(1) La veille de la lecture de ce travail, j'ai eu l'occasion d'employer, avec succès, la morphine dans un cas.

quand le *vératrum* a produit son effet et que les convulsions ont cessé.

Pendant l'attaque, je le répète, je n'y ai plus recours.

Le *chloroforme !* je le donne quand je fais l'accouchement forcé ou hâté, ou quelquefois pendant la première demi-heure qui suit l'administration du Veratrum Viride, pour amoindrir la violence des accès et donner à ce dernier médicament le temps d'abaisser le pouls ; mais encore est-ce très rarement.

Que dire de la *Pilocarpine ?* On ne l'a jamais employée seule. On lui a toujours associé le chloral, la saignée, le chloroforme, etc.. Je n'y crois pas ; en tout cas, je ne m'en suis jamais servi. En plus, elle est dangereuse.

Il y a bien d'autres traitements qu'on a essayés et prônés et dont on dit du bien, tels que : inhalations d'oxygène, sérum artificiel, injection sous-mammaire d'iodure de potassium, frictions avec gaïcol, etc., etc.. Qu'il me suffise de les mentionner.

La *Saignée*? J'en ai souvent fait l'éloge. Lisez l'UNION MÉDICALE DU CANADA de 1896 à 1898, et vous y verrez, presqu'à chaque numéro, des faits et des écrits qui ont prouvé ma confiance en ce mode de traitement. En juin 1898, j'écrivais : " J'ai souvent répété que j'étais très enthousiaste de la saignée " dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, et que, par la " saignée, on sauvait souvent les malades éclamptiques quand " toutes les autres méthodes de traitement avaient échoué".

Dans ma thèse d'agrégation, j'ai rapporté un grand nombre d'observations d'éclampsie traitées par la saignée. Je citais 34 cas.

D'un autre côté, si j'ai beaucoup pratiqué autrefois la saignée, j'y ai très rarement recours aujourd'hui. Dans le même numéro de juin 1898 de l'"Union Médicale", j'écrivais encore : " s'il faut voir un miracle pour avoir la foi, je suis aujourd'hui " presque convaincu et je puis faire une profession de

" foi... Dans ma thèse d'agrégation, j'ai fortement loué la sai-
" gnée, tandis que, d'un autre côté, je parlais très peu d'un
" médicament qui est, depuis quelques années, hautement prô-
" né par les Américains. Je nommais le remède, j'en donnais les
" indications, les effets et je me contentais de dire : on l'a vanté
" et l'on en dit encore du bien. Je croyais qu'il était suffisant
" de le mentionner. Je laissais mes confrères libres de l'em-
" ployer. Pour moi, je n'y croyais pas, parce que les Améri-
" cains étaient à peu près les seuls à s'en servir et je doutais de
" leurs louanges. Aujourd'hui, je l'ai essayé dans un cas dé-
" sespéré où tout avait échoué : j'en ai vu les effets merveilleux
" et j'y crois. Ce remède tant vanté dans l'éclampsie puerpéra-
" le, c'est le *Veratrum Viride*. Avant d'y croire aussi fermement
" que les Américains, je veux en faire le sujet d'une série d'obser-
" vations que je communiquerai très fidèlement à mes lecteurs".

Voilà, messieurs, ce que j'écrivais, en 1898, à la suite d'un succès éclatant dans le traitement de l'éclampsie par le *Veratrum Viride*. Aujourd'hui, après une longue expérience, je puis renouveler ma profession de foi et dire : " Pour moi, le *Veratrum Viride est le spécifique de l'éclampsie.*"

Je l'ai employé dans un grand nombre de cas et toujours il m'a donné les même succès, sans se démentir une seule fois. (1) J'ai rapporté, depuis 1898, plusieurs observations, oui, de très nombreuses observations. J'aurais pu en rapporter beaucoup qui sont restées inédites dans mes cartons. Je les publierai peut-être toutes un jour. Je me contenterai aujourd'hui de citer trois faits, parce que, dans l'un d'eux, j'ai observé les effets du Veratrum sur le coeur du fœtus in utero ; dans le deuxième,

(1) Dans ce même cas où j'ai employé la morphine, la veille de la lecture de ce travail, le veratrum viride a échoué ou au moins à peu près échoué. Je n'ai pu abaisser le pouls en dessous de 72 pulsations.

celui d'une malade morte plus d'un mois après l'accouchement et l'éclampsie, j'ai eu l'occasion de constater à l'autopsie les lésions du foie et du rein ; et, dans le troisième, celui d'une femme qui, atteinte de scarlatine le lendemain de l'accouchement, eut une attaque de convulsions un mois après. Ce qui me ferait croire que le Veratrum aurait un très bon effet dans les convulsions indépendantes de l'état puerpéral.

La première fois que je me servis du Veratrum Viride, c'était dans un de ces cas qui font le désespoir du praticien. La malade, qui était atteinte d'amaurose depuis 24 heures, avait eu 4 accès de convulsions très fortes avant l'accouchement. Nous avions forcé celui-ci pour arrêter l'éclampsie. Les convulsions devenant de plus en plus fortes et se répétant huit fois après l'accouchement nous étions découragés. Le chloral et le bromure de potassium, à très hautes doses, avaient été donnés ; une saignée de 20 onces avait été pratiquée au bras, et le sang extrait avait été remplacé par une certaine quantité de sérum artificiel (50 onces). La malade était entourée de bouteilles d'eau chaude. La veille elle avait pris de puissants purgatifs. Rien ne faisait.

Nous étions quatre confrères auprès de cette malade.

C'est dans de telles circonstances et à bout de ressources que j'essayai enfin le précieux remède des Américains. J'eus un plein succès qui étonna mes confrères consultants le lendemain quand je le leur appris. Après une injection hypodermique de 20 gouttes d'extrait fluide de Veratrum Viride, le pouls de 168 qu'il était, au moment de l'injection, tomba en l'espace de 30 minutes à 86 pulsations à la minute, et quelques instants plus tard à 46. Ma malade était sauvée ; elle n'avait plus d'accès. On pourra lire cette observation intéressante et très détaillée dans l'"Union Médicale" de 1898, p. 328 et suivantes.

Depuis, j'ai employé, toujours avec le même succès, le même médicament que je ne crains pas de proclamer le spécifique de l'attaque d'éclampsie.

Comment agit le Vératrum ?

Comment l'administrer ?

L'action du *Veratrum Viride* porte surtout sur le cœur dont il ralentit notablement le nombre des pulsations, le pouls descendant jusqu'à 50, 40 et même 26 pulsations à la minute.

" La valeur du Veratrum dans l'éclampsie, dit Chs Jewett, " paraît dépendre de son effet sur le système vaso-moteur. Selon " Percy, cité par Peugnet, le Vératrum est porté par le sang " dans les vasa-vasorum, et par ceux-ci paralyse les nerfs vaso- " moteurs, les vaisseaux sanguins perdant ainsi leur pouvoir " contractile. Il diminue ainsi le spasme des vaso-moteurs des " vaisseaux cérébraux et l'anémie cérébrale consécutive à l'in- " fluence de laquelle les convulsions paraissent être dues. Le " Veratrum est aussi un déprimant de la moëlle épinière, quoi- " que probablement, comme le croit Peugnet, cet effet soit secon- " daire à son action sur le sympathique au moyen des nerfs va- " so-moteurs. "

De son côté, le docteur Thad. A. Reamy, de Cincinnati, nous dit : " Rien de plus frappant que cette promptitude avec " laquelle les convulsions cessent aussitôt que l'effet déprimant " du Veratrum se fait sentir sur le coeur....

"Le pouvoir du Vératrum de contrôler immédiatement les " convulsions peut être compris, quand on se rappelle que cet " agent est un des déprimants les plus puissants du système " artériel et de la moëlle épinière. Le professeur H. C. Wood, " après un examen approfondi, nous dit que le Veratrum dimi- " nue les pulsations par son action directe sur le muscle et en " stimulant les nerfs modérateurs. Il diminue la force des

" battements du cœur par une action directe sur le muscle car-
" diaque, et il produit une paralysie générale des vaso-moteurs."

"Fanton d'Anton, dans sa thèse, rapporte un article du
" docteur Hurst et répète : "Le Veratrum Viride est un modéra-
" teur nervin, un calmant musculaire, un excitant des glandes.
" Introduit dans l'organisme, il diminue la susceptibilité des
" nerfs vaso-moteurs. En même temps, il dissipe le coma et
" rétablit les fonctions mentales."

Le Veratrum Viride ne limite pas son action au cœur. Il la pousse plus loin. Il produit une transpiration abondante, quoique son action ici ne soit pas directe, mais due à la dépression artérielle profonde (Wood). Un effet encore plus important, c'est la diurèse prononcée qui suit le relâchement musculaire. Comment se produit cette diurèse ? Très probablement, comme le croit le professeur McCorkle, cet effet est obtenu par le médicament qui combat le spasme vaso-moteur des vaisseaux du rein. Quoiqu'il en soit, on ne peut trop apprécier ce résultat.

Le médicament agit de plus sur l'estomac et l'intestin. C'est un émétique prompt et efficace. Son action sur l'estomac s'accompagne de nausées intenses et de dépression. Les vomissements sont souvent violents et tenaces. Le contenu de l'estomac est d'abord rejeté, puis le contenu de la vésicule biliaire. Il ne purge pas généralement mais occasionnellement il produit des evacuations aqueuses, et quelquefois une diarrhée profuse.

Donné à doses massives, le Veratrum peut produire des symptômes de collapsus : Le pouls devient très faible, à peine perceptible. Il y a des vomissements très violents, des sueurs froides, de l'abaissement de la température ; les extrémités deviennent froides ; on remarque du vertige, de l'obscurcissement de la vue, la dilatation des pupilles, de la faiblesse musculaire extrême, une respiration superficielle et lente, quelquefois de la

somnolence, du coma, et de l'insensibilité avec respiration stertoreuse. Nonobstant ces symptômes alarmants, Bartholow prétend qu'on remarque rarement un résultat fatal. "Une once de teinture, dit-il, a été prise sans causer la mort."

Il va sans dire que la malade sous l'influence de fortes doses de Veratrum devra conserver une position horizontale, car la station debout changerait complètement les caractères du pouls et pourrait produire la mort subite.

Après des doses fortes ou répétées, si l'on observait du colapsus ou le moindre symptôme inquiétant de dépression, on n'aurait qu'à cesser l'emploi du médicament et à donner des stimulants alcooliques ; on fera sur tout le corps des applications chaudes. On administrera également l'ammoniaque par l'estomac ou en injection intra-veineuse ainsi que la morphine en injection hypodermique (¼gr.) si les nausées et les vomissements persistent. Avec l'alcool on prescrira les teintures d'opium à doses stimulantes.

Il ne faut pas avoir trop peur du grand ralentissement du pouls ; j'ai vu une de mes malades avoir, sous l'influence du Veratrum, un pouls de 28 et revenir très vite avec une seule injection hypodermique de cognac.

Le Veratrum Viride est administré de préférence par voie hypodermique. On pourrait à la rigueur le donner par la bouche, mais l'estomac de l'éclamptique n'est pas sur pour l'absorption du médicament. Par voie stomacale, on ne peut espérer une action aussi prompte ni un dosage aussi précis que par voie hypodermique.

Maintenant, et voici le plus important, quelle est la dose à injecter ?

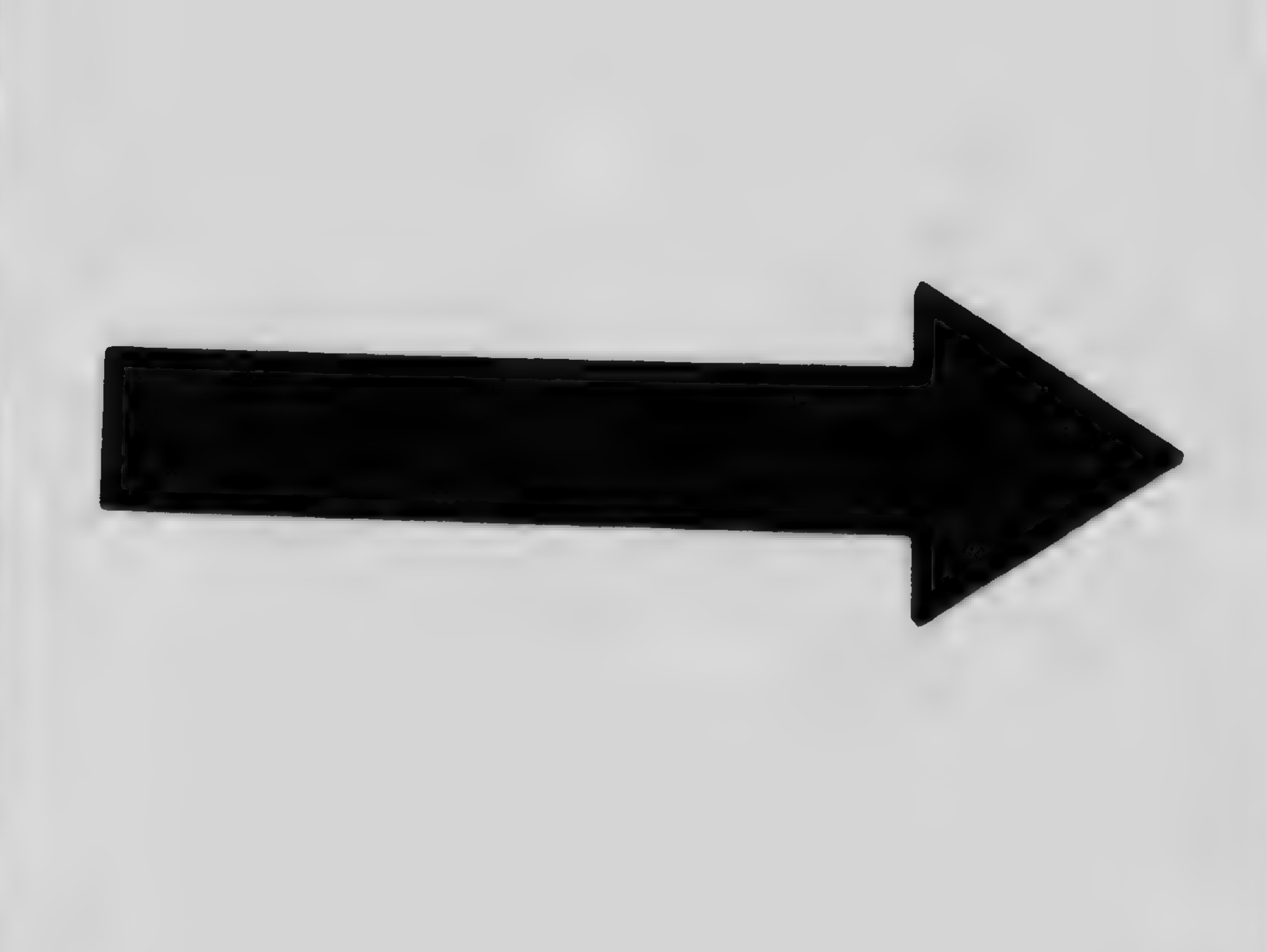
C'est ici la difficulté que recontrent ceux qui échouent avec ce médicament *magique*. Pardonnez-moi cette dernière ex-

pression, parce qu'elle résume parfaitement ma pratique et mon expérience et celles de tous les accoucheurs qui ont employé judicieusement le Veratrum Viride. En effet, le docteur Thad, A. Reamy, de Cincinnati, nous déclare, " qu'il n'y a rien " de plus remarquable que la promptitude avec laquelle les con- " vulsions cessent. " Le docteur Jewett, de New-York, ajoute : " c'est un moyen excessivement puissant ;" le docteur Sullivan de San Francisco, dit " qu'il est inappréciable. "

Ils sont nombreux ceux qui rendent témoignage de sa valeur exceptionnelle dans cette terrible maladie : l'Éclampsie.

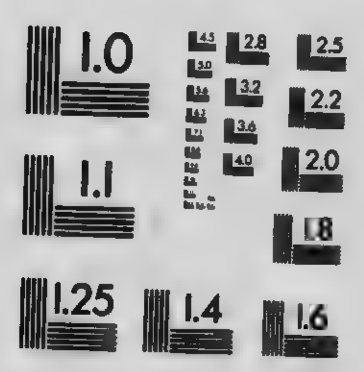
On doit se guider sur le pouls pour l'administration du remède. Voici ma pratique : Si le pouls bat à 120 ou au-delà je donne d'emblée 20 ou 22 gouttes d'*Extrait fluide de Veratrum Viride*. Remarquez la forme du médicament : *L'Extrait fluide*. On pourrait, faute de mieux, employer la teinture aux mêmes doses. Avec un pouls en-dessous de 120, mon injection hypodermique variera de 10 à 20 gouttes suivant la rapidité du pouls.

Il est préférable d'employer de suite des doses élevées, parce qu'on obtient plus vite l'effet voulu et qu'en tous cas, une dose, même très élevée est sans danger. Voici quelques faits qui le prouvent. Le docteur Reamp, appelé par le professeur Kiely, injecte à une malade 15 gouttes de Veratrum et 45 minutes plus tard, 15 autres gouttes, Comme les convulsions continuaient, le professeur Taylor, appelé en consultation, injecte, 45 minutes après la seconde dose, 20 autres gouttes. Le pouls tombe à 26 pulsations à la minute et la malade est sauvée. Dans un cas désespéré, le professeur E. A. Bunker a donné jusqu'à 400 gouttes d'extrait fluide de Veratrum Viride, en injections hypodermiques, pendant les 6 premières heures du traitement, et la pa-



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





tiente a guéri. Donc, innocuité complète, même avec des doses élevées.

Le point le plus important du traitement de l'éclampsie c'est l'arrêt immédiat des convulsions, parce qu'en elles réside tout le danger ; et le danger augmente d'autant plus qu'elles se continuent plus longtemps. C'est donc pour nous, comme le dit le docteur Reamy, un grand bonheur de posséder un agent qui arrête aussi rapidement les convulsions, et qui, en même temps, en diminue et en éloigne les causes.

L'injection hypodermique demande à peu près trente minutes pour produire le maximum d'effet voulu. Voilà, encore, je vous prie de le remarquer, un point essentiel dans le traitement : il faut accorder 30 minutes au médicament pour produire son action. Si, dans ces 30 minutes, l'effet désiré n'est pas obtenu, on devra répéter, remarquez-le encore, on devra répéter l'injection à la même dose ou à dose plus petite, suivant la nécessité, ou autrement dit, la rapidité du pouls.

Quel est donc cet effet voulu ou désiré ?

Tous les accoucheurs, qui emploient le Veratrum, sont d'accord pour affirmer qu'avec un pouls en-dessous, entendez-bien, endessous de 60 pulsations à la minute, il n'y a plus à craindre de convulsions.

A ceux qui ont essayé le Veratrum et qui n'en ont pas eu de bons effets, je ferai observer qu'ils ont craint de l'employer aux doses exigées. C'est ainsi que, souvent, je suis appelé par des confrères dans des cas d'éclampsie mortels où l'on s'est contenté d'injecter 5 gouttes d'extrait fluide de Veratrum. L'on se plait ensuite à crier que le Veratrum ne vaut rien. Combien de fois j'ai rencontré des confrères mécontents des résultats obtenus avec le Veratrum. Quand je m'informais de la dose donnée, je n'étais pas étonné de leur peu de succès. Combien de fois en-

core on m'a envoyé à la Maternité des malades mourant, une heure ou deux après leur arrivée, de la même maladie et pour la même raison : "*Insuffisance des doses*". Ne craignez donc pas ; allez-y hardiment ; car, il s'agit d'une maladie grave et prompte qui demande un traitement héroïque et décisif. Donc, dose suffisamment élevée et répétée au besoin.

Bien plus, il faut maintenir l'effet obtenu pendant à peu près 24 heures et pour cela il faut répéter, à intervalles plus ou moins éloignés, le médicament à la dose de 5 gouttes. L'on s'exposerait certainement à de fâcheuses surprises, si l'on supprimait le médicament au bout de 12 heures, à moins toutefois que le cas ne soit très léger, que de fortes doses n'aient été administrées au début ou que les effets du médicament ne soient très manifestes.

Enfin, je conclus comme le faisait le docteur Jewett, que :

1° Le Veratrum est un moyen inoffensif et extrêmement puissant ;

2° C'est un agent éminemment maniable, le pouls étant un guide prompt et précis pour le dosage ;

3° Il est prompt dans son action, et facile dans son administration.

OBSERVATION I.—*Eclampsie* : Saignée ; effets prononcés du Veratrum Viride sur le coeur de la mère et du foetus.—Hydrocéphalie.

Rose, âgée de 18 ans, est servante. Elle fait son entrée à la maternité le 26 août 1900. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Ses dernières règles sont venues à la fin de février. Le 26 août, le fond de l'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, c'est-à-dire que la grossesse est âgée de six mois et n'offre rien de remarquable. Les mouvements actifs du foetus sont bien perçus par la mère. Le foetus est en S. I. G.

Les urines ne contiennent pas d'albumine jusqu'au 23 septembre, alors qu'on en remarque des traces. Examinées par la suite à peu près tous les 2 jours, ces urines ne présentent rien d'anormal quant à la qualité et à la quantité. La malade suit un régime spécial.

Le 18 octobre, à 3 h. a. m. survient une première attaque d'éclampsie, bientôt suivie d'une seconde à 3.25 h..

J'étais absent. M. le professeur Lamarche est appelé.

A 3.50 h. a. m. 15 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium sont administrés par la bouche.

4.20 h. a- m., 3° attaque très forte. M. le prof. Lamarche fait une large saignée (14 onces) au bras droit.

A mon arrivée, 4.40 h. a. m., je pratique le toucher. Le col s'efface, est mou. On y introduit facilement un doigt.

Comme les battements du coeur du foetus sont bien marqués, et que la grossesse n'est âgée que de 7½ mois, nous voulons tenter la continuation de la gestation.

Le pouls de la mère bat 114 pulsations à la minute. Je fais une injection hypodermique de Veratrum Viride (extrait fluide) de 18 gouttes, au bras gauche, à 4.45 h. a. m..

5 h. a. m. pouls 104.

5.05 h. a. m. pouls 98. 5 grains de chloral et 30 de bromure de potassium par la bouche.

5.10 h. a. m. les battements du coeur du foetus donnent 140 à la minute.

5.22 h. a. m. pouls de la mère 77 ; coeur de l'enfant 132.
5.33 " " " " 56 ; " " " 106.
5.50 " " " " 48 ; " " " 88.

6 h. a. m. vomissements abondants.

6.10 a. m. transpiration profuse.

6.12 h. a. m. pouls de la mère 46, coeur de l'enfant 72. Les deux bruits sont bien marqués.

Les vomissements continuent abondants.

Je laisse alors la malade et la confie aux gardes-malades, leur recommandant de suivre le pouls de la mère et de donner des stimulants s'il se ralentit trop.

6.45 h. a. m. pouls 44. Transpiration abondante.

6.55 h. a. m. Le pouls tombe à 28 pulsations à la minute. La garde-malade injecte dans le bras une dose de cognac. J'aurais aimé à être là dans le moment pour compter les battements du cœur de l'enfant.

Le pouls de la mère se relève sous l'effet du cognac ; puis il varie jusqu'à 10.05 h. a. m. entre 40 et 44.

11.45 h. a. m. pouls de la mère 48 ; cœur de l'enfant 120.

Il n'y a plus autant de rapport dans le ralentissement du pouls de la mère et du coeur de l'enfant. Le pouls de la mère se maintient à un chiffre très bas pendant que le coeur de l'enfant augmente de vitesse.

Dans le courant de l'après-midi, le pouls reste stationnaire entre 48 et 50. On a la précaution de tenir la malade couchée et on lui défend de s'asseoir.

Le travail de l'ac[illegible]ement se fait. A 5 h. p. m., le col est dilaté. 5.30 h. p. m., l'expulsion commence. Le siège apparaît à la vulve, avec une main appliquée sur la fesse. L'expulsion du tronc se fait naturellement ; les épaules cependant ont beaucoup de difficulté à sortir. La tête, malgré des tractions très fortes, ne descend pas. Le foetus meurt pendant les manoeuvres pour l'extraction de la tête. Essai infructueux d'application de forceps sur la tête dernière. Tractions très fortes sur les épaules. Dislocation des vertèbres cervicales, en même temps déchirure spontanée de la peau du cou. Un flot de liquide céphalo-rachidien s'écoule, et la tête, vide de liquide, obéit à une traction légère sur les épaules. La tête descend, aplatie et diminuée de volume. L'enfant était un hydrocéphale.

Le placenta est très petit (onze onces), avec infarctus blancs. Le pouls maternel, après l'expulsion du foetus est à 88, et après la délivrance 48.

Les urines du 18 octobre contiennent 4 grammes d'albumine. Le lendemain elles en ont encore 3 grammes.

Régime lacté, purgatifs ..ites de couches normales.

OBSERVATION II.—*Eclampsie.*—Vératrum Viride.

Valentine entre à la Maternité le 26 janvier 1902, à 6.30 h. p. m.—Elle est âgée de vingt ans ; elle est servante. Elle a marché à 1 an et a toujours bien marché. Elle a été réglée à 14 ans et toujours régulièrement. Elle a toujours joui d'une bonne santé.

Valentine est conduite à la Maternité par un médecin qui l'a fait transporter dans l'ambulance. Elle est dans un demi-coma.

A 11 heures du matin, elle a été prise d'une première attaque d'éclampsie. Quand elle est arrivée à la Maternité elle avait eu 12 accès d'éclampsie. Aux premiers accès, son médecin lui a injecté 12 gouttes d'extrait fluide de Veratrum Viride. Le pouls était à 140. Toutes les 2 heures on lui a donné, dit-on, en injections rectales, 30 grains chloral et 60 grains de bromure de potassium. A 2 heures p. m. on a répété la dose de Vératrum Viride. Le pouls n'est pas descendu plus bas que 100 pulsations à la minute. Donc la dose de Vératrum n'était pas suffisante. Elle a eu 4 accès de convulsions après cette deuxième injection. Elle a vomi 2 fois.

Dernier accès à 9 h. p. m.—6.30 h. p. m. arrivée à la Maternité. Demi-coma. La langue est horrible à voir ; elle est complètement mâchée, épaisse, sanguinolente. Le pouls est encore rapide (100). L'oedème est généralisé et très considérable. Le coeur de l'enfant bat très bien et très fort.

7 h. p. m.—On donne à la malade 3 gouttes d'huile de croton, par la bouche.

7.40 h. p. m., pouls 80.—Injection hypodermique de 5 gouttes de Veratrum Viride, parce qu'on craint de nouveaux accès de couvulsions.

7.50 h. p. m.—Vomissement vert.—Selle abondante.

7.55 h. p. m., pouls 74.—Le Coma disparait peu à peu et la malade peut répondre à quelques questions.

Col de l'utérus entrouvert, assez mou, pas effacé. Le fond de l'utérus est à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ce qui indiquerait une grossesse de 7 mois. Cependant Valentine a vu ses dernières règles du 15 au 20 juillet 1901. Elle a senti les mouvements actifs à 4 mois.

8.00 h. p. m., pouls........ 68
8.05 " " " " 62
8.10 " " " " 58
8.20 " " " " 56
8.30 " " " " 60
8.45 " " " " .... 72. Vomissements abondants et verts.

A minuit, la malade a pleine connaissance. L'analyse des urines donne 16 grammes d'albumine (tube d'Esbach.)

Le 27 janvier et les jours suivants la malade est au régime suivant : chloral et bromure de potassium 4 fois par jour ; limonade de crème de tartre, lait. La malade a des selles assez fréquentes et urine beaucoup. L'oedème disparaît. Mais la quantité d'albumine varie. Ainsi le 28 janvier il n'y en a que des traces le matin et le soir 5½ grammes. Les urines offrent ce caractère changeant continuellement.

Le 1er février. On entend encore les battements du coeur de l'enfant.

La malade entre en travail le 2 février à 7 h. p. m. Elle accouche le trois à 7.45 h. a. m.. L'enfant paraît mort depuis un jour ou deux. Il pèse 1 lb. 15½ onces. Le placenta pèse

9 onces. Il y a de gros infarctus blancs ; et, dans toute une moitié, on trouve des traces d'une hémorragie récente.

Le 3 et le 4 février, la température reste normale, mais le pouls est élevé, variant de 104 à 120. Régime lacté absolu. Injections vaginales au permenganate de potasse.

Le 5 février, 3 h. p. m., la température s'élève à 104° et le pouls 156. Injections intra-utérine au permanganate de potasse. Quinine. Céphalalgie très forte.

6 février, 8 h. a.m., température 101°, pouls 108. 7 grammes d'albumine.

9 h. a. m.—Injection intra-utérine au permanganate de potasse. Tamponnement de l'utérus avec de la gaze iodoformée.

3 h. p. m., température 103°, pouls 130. Curettage, écouvillonnage à la glycérine créosotée. La curettage ramène beaucoup de débris.

4 h. p. m., température 103°, pouls 140 faible. Quinine, strychnine, ergot.

8 h. p. m., température 101° ; pouls 120.

9 h. p. m., température 99° ; pouls 120.

7 février, 6 h. a. m., température 99 2-5° ; pouls 98.

Le soir, la température remonte à 98 4-5° ; le pouls à 108.

Le 8 février, la température est normale, le pouls 96.

Le soir du 9 février, la température remonte à 101 4-6°, le pouls à 120. Les urines ont encore 6 grammes d'albumine.

Le 11 au soir, la température marque 104°, le pouls à 120.

Le 12 février, la température est à 103°, le pouls 118, à 8 a. m..

Deuxième curettage qui ramène quelques débris. Durant ce jour, la température ne baisse que d'un degré et le pouls revient à 127.

Depuis le 13 février, la température, le pouls et les urines présentent des caractères assez particuliers. La température, prise

toutes les heures ou toutes les deux heures varie énormément ; tantôt elle est à 96 2-5°, et remonte tout à coup à 105,106 et 107°, pour s'abaisser aussi rapidement à 96 et 97 ou 98°. Puis elle varie pendant trois ou quatre heures entre 99 et 101°. Le pouls présente les mêmes oscillations, de 92 ou 98, il remonte en même temps que la température s'élève, à 140 ou 160. Il y a de grands frissons avant chaque élévation de température.

Après chaque frisson, la malade est excessivement faible. A certain moment la malade refuse tout aliment ou breuvage.

Les urines varient en quantité et en qualité. Rares par moment, elles sont plus abondantes à d'autres instants. L'albumine varie beaucoup dans l'espace de quelques heures. Ainsi à certains intervalles on trouve jusqu'à 20 grammes d'albumine, quand 4 à 5 heures plus tard on n'en découvrira qu'un gramme ou deux.

Tous les traitements de l'infection puerpérale, moins le sérum antistreptococcique, ont été essayés. Quinine, anti-pyrine, strychnine, quinine, champagne, curettage, écouvillonnage, tamponnement, injections de sérum artificiel, injections de térébenthine, antikamnia, antifébrine.

Le cas présentait les symptômes de la pyohémie compliquée de néphrite grave et d'hépatite.

La malade est morte le 6 mars. Elle était accouhée le 3 février et était tombée d'éclampsie le 26 janvier.

Voici le résultat de *l'autopsie*, faite par M. A. Ricard, médecin autopsiste de la crèche.

Poumons : apparence grisâtre. Poumon droit rempli de matière spumeuse. Pas d'adhérences. Poumon gauche plus normal, peu de spume. Lobe inférieur, grande quantité de spume.

Coeur, volume normal ; rien d'anormal.

Foie énorme ; extension énorme du côté gauche.

Apparence jaune pâle ; adhérence fibreuse au diaphragme,

pesanteur 4 livres et 12 onces. Dégénérescence graisseuse complète. Très friable, décoloré.

Rien d'anormal du côté de l'estomac.

Rate un peu plus grosse.

Rein droit, deux fois plus gros, plus pâle.

Rein gauche, hypertrophié, mais un peu moins que le droit. Décoloré.

Utérus, régression complète, parfaite. Cavité très nette. Tout est normal du côté de l'utérus, des trompes et des ovaires. Dans un des ovaires, cependant, on remarque de nombreux petits kystes.

OBSERVATION II.—Sédolphe, âgée de 18 ans, est couturière. Elle entre à la Maternité vers le 9 décembre 1901.

Ses antécédents du côté du père sont bons ; mais deux de ses tantes maternelles sont mortes de phtisie.

Sédolphe est en parfaite santé. Elle a déjà eu la rougeole. Elle a été vaccinée dans le bas âge, et nous la revaccinons le 21 décembre.

Le fond de l'utérus est à l'ombilic. Ce qui indique que sa grossesse est âgée de cinq mois. Cependant, elle a eu ses dernières règles du 19 au 21 avril 1901.

A partir de son entrée à la Maternité ses urines sont examinées tous les 8 jours et on ne trouve jamais trace d'albumine. Il n'y a jamais de céphalalgie, ni d'œdème.

Le 3 mars 1902 le palper nous donne O. I. D..

Le travail se déclare le 3 avril à 8,40 h. a. m.. La dilatation est terminée à 8.50 h. p. m.. L'accouchement se termine à 10.30 h. p. m. le même jour. Légère déchirure qui est suturée. L'enfant, un garçon, pèse 7 lbs.. Le placenta normal pèse 1 lb. 4 oz..

Température et pouls :

4 avril 8 h. a. m. 98°, pouls 60—4 p. m. 99°, p. 84—5 avril, matin 98°, p. 84—4 p. m. 98°, p. 76—6 avril a. m. 98°, p. 72.

On remarque sur le tronc une éruption scarlatiniforme.

4 h. p. m. temp. 100° pouls 100; 7 avril temp 99°, pouls 72 à 8 h. a. m.. Le soir température 102°, p. 84.. L'éruption gagne les membres, le cou, la face. Il y a de l'angine On remarque dans la gorge des produits pultacés.

Le 8 avril, 8 h. a. m. température 98°, p. 84—4 h. p. m. temp. 100°, p. 92. L'exanthème pâlit.

Le 9 avril la température est normale et reste dès lors à 98°. Le pouls varie entre 60 et 68. La rougeur disparait. L'angine persiste quelque temps. La desquamation se fait au bout d'une semaine à peu près. La malade reste une quinzaine de jours au lit. Elle est soumise au régime lacté.

Les injections vaginales sont données au permanganate de potasse. Les urines examinées de temps à autre n'ont pas d'albumine. La malade parait se rétablir très bien. Mais le 2 mai elle a un œdème général et elle a une forte attaque d'éclampsie, à 11.30 h. a. m.. A 11.50 h. a. m. j'injecte 10 gouttes de Veratrum Viride. Le pouls marque 120 pulsations.

A midi et 15 minutes le pouls est tombé à 48 pulsations. Puis le pouls, quelques heures plus tard, varie entre 50 et 60. La malade n'a plus de convulsions. Les urines contiennents 7 grammes d'albumine.

La malade, tenue au régime lacté les jours suivants, se rétablit complètement. L'albumine disparait.

Sédolphe, que je vois tous les jours depuis, se porte à merveille.

Maintenant une dernière question. Pourquoi j'emploie aujourd'hui le *Veratrum Viride* de préférence à la saignée qui

m'avait donné de si beaux résultats, comme on peut le constater par ma thèse d'agrégation ?

Parce que, le Veratrum a sur le cœur les mêmes avantages que la saignée ; je pourrais ajouter, c'est une saignée sans perte de sang ;

Parce que, si la saignée enlève de l'économie une certaine quantité de matière toxique, le Veratrum en soustrait autant par son action sur les organes : estomac, foie, intestin, rein, et peau ;

Parce que le Veratrum m'a réussi souvent quand la saignée n'avait procuré aucun soulagement ;

Parce que le Veratrum est plus facile à administrer que la saignée à pratiquer et qu'il répugne moins de faire une injection hypodermique que d'ouvrir une veine ;

Parce que le Veratrum est un médicament dont l'administration frappe moins désagréablement l'esprit des assistants et demande moins d'apparat ; parce que la saignée est toujours pénible aux parents ;

Parce que le Veratrum se donne chez les pléthoriques comme chez les anémiques, et qu'il n'en est pas de même de la saignée ;

Parce que le Veratrum s'injecte aussi facilement chez les femmes obèses que chez les maigres. Chez les femmes chargées d'embompoint, il est quelquefois, sinon impossible, du moins très difficile de pratiquer la phlébotomie. On est obligé de disséquer et de faire de grands délabrements avant d'arriver sur un vaisseau convenable, comme la chose m'est arrivée une fois ;

Parce que l'effet déprimant du Veratrum dure très peu et qu'il n'en est pas de même de l'affaiblissement qui suit la saignée dans certains cas.

Les seuls inconvénients du Veratrum, inconvénients très passagers, sont les vomissementss et encore ne les voit-on pas

toujours. Il se montrent surtout quand la dose du médicament a été forte d'emblée et que le pouls est arrivé rapidement au point voulu. Je n'y prête même pas attention. La seule précaution que je prenne contre ces vomissements c'est d'empêcher ma malade de se lever ou de s'asseoir. Je la tiens couchée horizontalement.

A ceux qui ne croiraient pas encore à l'efficacité de ce médicament, je dirai de l'employer d'abord sans crainte et avec confiance, puis ils penseront, diront et feront comme moi. Ecoutez ce que dit le docteur Wesley C. Norwood : " La plus grande " et la plus précieuse puissance du Veratrum, celle qui le distingue expressément et lui donne tant de supériorité sur " tous les autres médicaments, est son pouvoir de contrôler " l'action du cœur et des artères, quand ils sont excités par une " cause morbide, à tel point que ceux qui sont une fois témoins " de ce merveilleux effet sont dans un étonnement complet et " confessent que cela dépasse tout ce que l'imagination peut " concevoir. Il n'est pas au pouvoir de l'homme de " décrire de manière à ce que ceux qui n'ont pas été témoins " du fait puissent avoir une idée juste de ses résultats . . . Qui " peut comprendre l'étendue du bienfait et de la puissance d'un " remède capable, en l'espace de moins d'une heure, de réduire " le pouls de 160 à 40 ou même 30 pulsations à la minute."

Messieurs, il a été un temps où je ne croyais pas au Veratrum parce que je n'en avais jamais vu les effets. aujourd'hui j'ai vu, j'ai été convaincu et je crois.

Messieurs, un dernier mot : Je finissais ce travail un dimanche matin (le 8 juin) ; il était 8½ heures, lorsqu'un confrère, un ami, me manda auprès d'une de ses malades. Cette malade, accouchée la veille au soir à 11 heures, venait d'avoir un deuxième accès d'éclampsie. Rendu auprès de la malade, je la

questionnais quand, me retournant vers mon ami, je lui dis : Vois-tu arriver un nouvel accès ?" En effet, deux ou trois minutes plus tard l'accès apparaissait très violent. Avant cet accès le pouls était à 138.

Je fais de suite une injection hypodermique de Veratrum. Je croyais injecter 22 gouttes de Veratrum quand, en réalité, je n'injectais qu'à peu près 15 gouttes, ce dont je m'aperçus plus tard par ma seringue. 30 minutes après, le pouls étant encore à 120, j'injecte une seconde dose de 10 gouttes. Dès lors le pouls baisse si rapidement que mon ami tout étonné, ne peut s'empêcher d'admirer l'effet merveilleux et de me dire : " En " compagnie d'un mien ami, j'ai déjà administré le Veratrum et " n'ai eu aucun effet."

Savez-vous comment il l'avait administré et combien il en avait donné ? 5 gouttes par la bouche !

Hé bien ! mon ami est maintenant convaincu parce qu'il a vu de ses yeux. Il croit, aujourd'hui, et c'est sur sa demande expresse que je rapporte ce fait.

RETENTION PLACENTAIRE PROLONGÉE

Par Eugène Mathieu. M. D.

Tous les accoucheurs semblent d'accord aujourd'hui pour approuver et conseiller l'intervention dans les cas d'avortements incomplets : "En dehors de tout accident, disent-ils, l'expectation pure est pour nous une imprudence.

La malade reste en imminence d'hémorragie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, il faut l'extraire avec le doigt et la curette".

On voit aussi écrit dans les traités d'obstétrique les plus récents que la rétention du placenta, dans les cas de grossesse gémellaire ou multiple, est un gros danger.

Que devient donc l'arrière faix dans l'avortement incomplet ? La rétention du placenta expose-t-elle réellement toujours la mère à des accidents septiques ?

Voilà les deux questions auxquelles je répondrai durant les dix minutes réglémentaires.

Les cas de rétention prolongée d'arrière faix ne sont pas rares. Tous les auteurs en ont rapportés, entre autres : Naegelé, Pageot, Tarnier, Budin. Le Dr Tissier, dans le dernier numéro du "Bulletin médical", de Paris, rapporte l'observation d'une femme qui a expulsé un placenta de 3 mois, 69 jours après avoir fait sa fausse couche. Cette rétention n'avait donné lieu à aucun accident.

Pour notre part, nous avons pu, en consultant nos notes, retracer 14 cas où le placenta n'a été expulsé que du 7° au 38° jour, et cela sans avoir donné lieu à aucun accident.

Laissez-moi vous rapporter l'observation d'un cas d'avortement gémellaire de 6 mois, où le placenta a été retenu dans la cavité utérine pendant 38 jours sans avoir causé la moindre élévation de temrature. Après l'expulsion des deux fœtus, à 8 jours d'intervalle, le col étant complètement fermé, n'ayant alors ni hémorragie ni septicémie à combattre, je me contentai de donner des injections va-

ginales antiseptiques et de prescrire des doses régulières de quinine dans le but de prévenir tout symptôme d'infection. Après 38 jours d'attente, le placenta fut expulsé et, malgré sa rétention prolongée dans l'utérus, il ne présentait ni odeur ni altération. Durant tout ce temps, la malade n'eut ni frisson, ni maux de tête, ni aucune élévation de température.

Ce placenta, retenu dans la cavité utérine, a dû certainement contracter des adhérences, comme un parasite, jusqu'au moment où n'étant plus qu'un corps étranger, il a été expulsé.

Tous ces faits comportent donc leurs enseignements. Dans un avortement on voit souvent le placenta demeurer dans l'utérus sans produire de putréfaction ; ce qui n'est pas de même dans une grossesse à terme, le placenta se putréfiant s'il ne sort pas. Dans un avortement, au contraire, le placenta vit comme un parasite, parce qu'il n'est pas mur ; voilà la différence.

On ne doit donc pas toujours se hâter d'intervenir dans les cas de rétention totale ou partielle du placenta. Si on prend des précautions minutieuses, et si la surveillance est rigoureuse, l'expulsion se fait toujours sans accident. Sans doute, nous ne conseillerions pas à un médecin, appelé auprès d'une femme dont l'avortement remonterait à quelques jours, et qui aurait été exposée à des touchers malpropres et à des tentatives de délivrance artificielle, d'attendre, assurément non ; il vaudrait mieux pratiquer le curetage, en le faisant suivre, au besoin, du tamponnement intra-utérin ; mais nous disons que si nous entourons la femme de précautions minutieuses, de précautions plus minutieusess que dans un accouchement à terme, s'il n'y a pas d'hémorragie, ni de septicémie, nous avons tout à gagner à attendre.

Tarnier, dont l'expérience n'est pas à dédaigner, a été, toute sa vie, partisan de l'expectation armée. Avec l'expectation et l'antisepsie, disait-il, les cas de mort sont extraordinairement rares ; et tout le monde est à même de faire de l'antiseptie

Comme conclusion, nous dirons que celui qui intervient toujours dans les cas d'avortements incomplets, qu'il y ait ou non indication, fait bien ; mais que celui qui sait temporiser, armé d'une bonne antiseptie, fait encore mieux.

SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Par ALBERT LAURENDEAU, St-Gabriel de Brandon

L'Opération Césarienne est fréquemment une opération d'urgence. Assez souvent, à la campagne surtout, où la clientèle est disséminée, nous nous trouvons en présence d'une parturiente à terme, ex-abrupto, sans avoir eu l'opportunité de l'examiner avant le début de son accouchement. Si alors, nous sommes en face d'une dystocie, il est trop tard pour expédier cette femme à l'hôpital ; voilà pourquoi je dis que l'opération césarienne est souvent une opération d'urgence, et j'ajouterai, il est du devoir de tout médecin consciencieux, soucieux de sa réputation, d'être en état de faire cette opération. L'hystérotomie par la ligne blanche est beaucoup plus facile qu'on ne pourrait le croire. Avec la moindre attention, il est facile d'éviter la vessie, et aucun autre organe ne peut être lésé. Seule l'hémorrhagie en nappe du tissu utérin peut alarmer un opérateur de peu d'expérience, mais je dirai plus loin comme il est facile de juguler cette hémorrhagie.

Je ne mentionnerai que pour mémoire, la méthode de Levret qui consiste à inciser la paroi abdominale parallèlement au bord externe du grand droit et celle de l'Auverjat, par laquelle l'on fait une incision transversale. Une autre méthode, au temps où l'asepsie et l'antisepsie étaient ignorées, recommandait la section de la paroi abdominale, parallèle et tout près du ligament de Poupart, afin d'éviter l'ouverture du péritoine. Actuellement, la méthode de choix est celle de Mauriceau, par la-

quelle on pratique la laparatomie et l'hystérotomie sur la ligne blanche, en faisant une incision de l'ombilic, à deux travers de doigt du pubis. C'est ce dernier procédé que j'ai suivi dans deux opérations césariennes que j'ai faites sur la même femme.

* * *

Certains détails de cette communication pourraient paraître longs, fastidieux même, mais je vous prierai de remarquer, Messieurs, que ce travail est surtout fait pour des confrères résidant à la campagne. Telle description de technique opératoire qui pourrait paraître superflue au chirurgien hospitalier, acquiert une importance réelle, pour le médecin non spécialisé dans la chirurgie, obligé très souvent d'opérer dans des conditions précaires et défavorables, où les facilités d'aides, de lumière, de milieu, et même quelquefois d'outillage lui font défaut ; c'est alors que le génie d'un chacun est obligé de suppléer aux descriptions classiques, c'est alors qu'il faut faire appel à toutes ses facultés inventives, c'est alors que la relation minutieuse d'opérations analogues, dans les mêmes circonstances, peut rendre de véritables et effectifs services.

* * *

Le 26 Mars 1896, je fus appelé à sept milles de ma résidence par la femme Mondor, parturiente à terme. Elle avait alors 32 ans. D'après les renseignements que j'obtins de sa mère, Emilie Mondor, rachitique à un an, ne commença à marcher qu'à six. Actuellement, elle mesure environ quatre pieds ; il y a déformation de tous les membres, scoliose, surtout lombo-sacrée, avec rétrécisssement sacro-pubien considérable. Je constate, dès mon arrivée, la dilatation complète du col utérin, douleurs violentes, présentation O. [illegible]

Me trouvant dans l'impossibilité de faire venir un confrère, je

fais une application de forceps, et après quelques tractions vigoureuses, convaincu de l'impossibilité de terminer ainsi l'accouchement, même en pratiquant la symphyséotomie, je n'hésitai pas à faire l'embryotomie, et je pus enfin délivrer cette malheureuse. Avant de la quitter, je l'avisai de m'informer de sa nouvelle grossesse au moins deux mois avant terme, ce qui ne manqua pas d'arriver.

Le 5 octobre 1896, elle me fit dire qu'elle était enceinte et comptait être rendu à son septième mois. Je me transportai auprès d'elle accompagné de mon confrère le Dr. Henri Archambault, avec l'intention de provoquer l'accouchement. La parturiente étant chloroformisée par mon confrère, je parvins à extraire, après un travail laborieux, un enfant tout mutilé et mort. Je déclarai alors à la malade et à sa famille, qu'à sa prochaine grossesse, elle eût à se rendre à mon village, demeurer près de ma résidence, et qu'à cette seule condition, je lui donnerais mes soins.

Au commencement d'octobre 1897, elle émigra dans mon village. Le soir du 24 octobre, elle me fit mander ; je constatai qu'elle était à terme, au début de son accouchement, avec présentation du sommet. Je proposai alors la gastrohystérotomie, pour terminer l'accouchement. J'ai songé un instant à la symphyséotomie, mais étant donné que le rétrécissement du bassin portait presque exclusivement sur le diamètre sacro-pubien, le plus simple raisonnement fera comprendre que la section de la symphyse ne peut augmenter sensiblement ce diamètre.

Je commençai d'abord par administrer à la parturiente un bon purgatif salin. Le lendemain matin, l'ouverture du col utérin mesurait environ un pouce de diamètre. Je fis appeler mes confrères les Drs. J. E. Lafontaine de St-Gabriel de Brandon et Bordeleau de St-Didace. Après examen et consultation nous fûmes d'accord et résolûmes de faire l'opération césarienne,

ce que notre malade accepta de bon gré. A 11 heures a. m., le 25 octobre, je commençai l'opération sous anesthésie chloroformique, en suivant la méthode aseptique autant que possible. Je décrirai plus loin la technique opératoire suivie. Durée totale de l'opération : 50 minutes ; poids de l'enfant nue, vivante et bien conformée ; 10 livres. A midi, la mère était dans son lit. J'ordonne alors de l'eau froide par gorgées, à demande, et rien autre chose et je recommande le repos complet.

Le soir, pouls : 90 ; température : 98 ½.

Le 26 au matin, p : 94 ; t : 98½ ; soir, p : 94 ; t : 99. Le 27 matin p : 94—t. 98½; Soir, p. 100—t. 101. J'attribuai cette élévation de la température, le 27 au soir, au fait que la malade avait reçu beaucoup de parents et amis durant l'après-midi, malgré ma défense formelle. Je mets la malade sous clef, et le lendemain matin, 28 oct., le pouls était tombé à 96 et la température à 98½; soir, p. 98 : t ; 98½. Durant l'après-midi, elle eût des vomituritions dues à l'ingestion d'eau terreuse et dure, laquelle provenait d'un puits à proximité de sa résidence. Je prescrivis de petites doses de citrate de magnésie répétées fréquemment et je fis apporter de l'eau douce : les vomissements cessèrent.

Le 29 Oct., matin et soir, p. 96 ; t : 99. Le 30 oct., matin et soir, p : 94 ; t : 98½. Elle commence à prendre quelques cuillèrées de soupe au riz, et le soir, après un lavement glycériné, elle eut une bonne selle.

Le 31, le pouls et la température sont normaux ; j'ajoute au régime, du lait et des biscuits légers.

Les 1, 2 et 3 novembre, tout va bien. Le 4 novembre, je lève le pansement et je constate la guérison parfaite par première intention.

J'enlève les fils des sutures, je renouvelle toutes les pièces du pansement sur lesquelles il n'y a ni une goutte de pus, ni une tache de sang. Je lève de nouveau ce pansement le 11 no-

vembre pour constater que la cicatrice est ferme et très-peu apparente. Trois semaines plus tard, notre opérée avait reintégré son domicile, à St. Damien, parfaitement rétablie.

* * *

Le 11 Octobre 1901, j'ai de nouveau pratiqué la même opération chez cette femme, avec le concours de mes confrères les Drs. J. E. Lafontaine et H. Archambault de St. Gabriel de Brandon. Cette seconde césarienne est exactement la répétition de la première, sauf que j'ai observé, dans ce dernier cas, une singulière petite complication. La cicatrice utérine, suite de la première hystérotomie avait cédé sur environ un pouce de longueur à sa partie moyenne, et les membranes amniotiques faisaient hernie sous la paroi abdominale. Il m'a semblé que durant une contraction utérine que j'ai eu l'occasion d'observer après la laparotomie, ces membranes herniées étaient prêtes à se rompre. Je n'ai aucun doute que quelques heures de temporisation auraient amené cette rupture.

Comme la première fois, les suites opératoires furent simples et la guérison parfaite.

* * *

Voici maintenant la technique opératoire que j'ai suivie dans les deux cas :

Comme préliminaires, je fais bouillir durant une demi-heure dans une grande bouilloire, quelques verges de coton commun, coupé en deux ou trois parties égales. Je fais une pinte de solution aqueuse à huit pour cent de gélatine et boriquée à trois pour cent, laquelle solution est portée à l'ébullition dix à quinze minutes. Je place tous les instruments qui devront servir à opérer : bistouris ordinaires et boutonnés, serre-fines, forceps obstétricaux, forceps à dissection, sonde cannelée, aiguilles à su-

tures, etc., dans une lèchefrite émaillée contenant une solution bouillante d'eau phéniquée à cinq pour cent et portée au feu cinq à dix minutes ; puis après avoir mis le tout à portée de la main, ainsi qu'une bonne provision de ouate aseptique, gaze iodoformée, phéniquée, soie aseptique pour sutures, catgut, quelques vases contenant des solutions antiseptiques au bichlorure de mercure au millième, à l'acide phénique à cinq pour cent, je place la malade sur une table, le pieds en face d'une fenêtre. Pendant qu'un confrère administre le chloroforme, je me désinfecte les mains, ainsi que mon aide dans les diverses solutions antiseptiques mentionnées plus haut, après un lavage préliminaire minutieux au savon et à la brosse dans l'eau bouillie ; puis je nettoie et antiseptise aussi parfaitement que possible la paroi abdominale sur laquelle je vais opérer. Au-dessus de l'incision projetée, couvrant l'estomac, et au-dessous, couvrant le mont de Vénus et les cuisses, je place le coton dont j'ai parlé plus haut, rendu aseptique par l'ébullition, afin que mon aide et moi puissions continuellement poser les mains sur un plan aseptique. L'anesthésie étant parfaite, je me place à gauche de la malade et je fais une incision comprenant la peau et la couche la plus superficielle du tissu cellulaire, à partir de deux travers de doigt du pubis, suivant la ligne blanche jusqu'auprès de l'ombilic ; puis je continue avec précaution la dissection, jusqu'au peritoine. J'enlève alors, après avoir fait la torsion des artérioles, les quelques serre-fines qui sont dans le champ opératoire, puis je fais l'ouverture du péritoine sur la sonde cannelée. Un aide presse latéralement les parois abdominales, afin de fixer l'utérus et de maintenir les lèvres de la plaie tendues et accolées à la matrice, pour éviter l'entrée du sang dans la cavité abdominale. La laparatomie terminée, l'hémostase assurée, je commence la dissection de la séreuse et du muscle utérin. Dès que l'on attaque le tissu utérin,

il se produit une hémorragie en nappe ; c'est alors que je me suis servi, avec beaucoup de succès, de ma solution de gélatine boriquée, comme hémostatique. Je dirai plus loin comment et pourquoi j'emploie cette solution. Après l'utérus, j'ouvre le chorion et l'amnios, en prenant toutes les précautions nécessaires afin d'éviter l'entrée du sang et du liquide amniotique dans le péritoine abdominal. Je dirai ici, en passant, que je crois de beaucoup préférable d'opérer avant la rupture des eaux de l'amnios qui sont, alors, aseptiques, car, après la rupture, le toucher fœtal fera courir de grands risques d'infection, malgré des lavages antiseptiques préalables du vagin et de l'orifice utérin. Je rencontre alors la tête fœtale appuyée sur le pubis, je la saisis d'une main et tente d'en faire l'extraction. Malheureusement, la tête très grosse, (le poids de l'enfant que j'ai vérifié après la naissance étant de dix livres,) augmentée de l'épaisseur des doigts et du pouce, ne peut passer par l'incision que j'avais faite. J'eus alors l'idée de faire une application de forceps à travers la voie que je venais de créer. J'éprouvai ainsi une perte de temps d'environ cinq minutes à désinfecter mes fers, chose que je n'avais pas prévue, et que je n'ai vue dans aucun traité ou journal de médecine. J'opérai ainsi l'extraction du fœtus, et aussitôt après, une contraction utérine chassa le placenta. Constatant que la face interne de l'utérus donnait peu de sang, je me mis à faire les sutures, et voici comment : D'abord, l'utérus au catgut, avec une grande aiguille courbe, sutures à surjet et à points très rapprochés. Une remarque que je ferai ici : c'est que je n'ai pas traversé toute l'épaisseur du tissu utérin par mes sutures, j'ai compris seulement environ la moitié de l'épaisseur des parois utérines dans le plan suturé. Je dirai plus loin les raisons qui m'ont fait agir ainsi. Après avoir fait la toilette de l'abdomen, je suturai le péritoine pariétal au catgut et je fermai l'abdomen avec les précautions ordinaires. Le reste du pansement est

simple ; ayant saupoudré un peu d'iodoforme, j'appliquai sur la plaie de la gaze iodoformée, de la ouate aseptique, et pardessus le tout, une sangle ordinaire.

* * *

Je ne saurais passer outre, maintenant, sans insister sur certains détails que je n'ai fait que mentionner au cours de la technique opératoire décrite plus haut. Je parlerai d'abord de l'emploi de la gélatine comme hémostatique.

Aujourd'hui, pour controler une hémorragie, nous avons trois méthodes : La vaso-constriction, dont l'ergot, et l'extrait de capsules surrénales représentent les types ; les coagulants, le perchlorure de fer qui a été le meilleur agent jusqu'aujourd'hui ; et enfin, l'oblitération directe, mécanique des vaisseaux par ligature, torsion, etc.. De la première méthode appliquée à la chirurgie je ne dirai rien, parqu'elle n'est pas pratique ; de la seconde, voici ce que disait le Professeur Landouzy dans une leçon programme au cours de thérapeutique en novembre 1897 : "Le type du meilleur hémostatique, de l'hémostatique de demain, de l'hémostatique physiologique, est celui qui, imitant les processus défensifs de la nature, renforce l'adjuvance coagulante du sang, en même temps qu'il sera d'une innocuité obsolue (contrairement à ce que fait le perchlorure de fer) pour les cellules vasculaires, avec lesquelles il prend contact, cellules dont il pourra même servir la nutrition, lui formant un milieu nourricier, d'où organisation complète du caillot qui, dorénavent fera partie intégrante du tissu sur lequel il s'est produit. " Je vous dirai que la thérapeutique, dans ses indications hémostatiques à remplir, est mise en demeure de garder ceux-là seuls des coagulants qui, sans être nocifs, forment un caillot solide, adhérent, facilement et parfaitement organisable. Les coagulants, sont les sels de chaux (en particulier le chlorure de calcium) et la gélatine dont

nous devons l'emploi thérapeutique à P. Carnot. Je vous dirai les expériences sur l'animal et les observations cliniques sur l'homme par lesquelles, se servant des propriétés coagulantes de la gélatine, découvertes par Dastre Floresco, Mr. Carnot a doté la thérapeutique de la meilleure de nos méthodes hémostatiques. Mr. Carnot nous a révélé dans la gélatine, un hémostatique de premier ordre, puisqu'elle coagule le sang dans le vaisseau lésé en vivifiant et nourrissant le caillot dont elle permet ainsi la complète et rapide organisation.

Depuis quelque temps déjà, je connaissais les travaux de Mr. Carnot sur les propriétés hémostatiques de la gélatine ; aussi je crus l'occasien favorable pour mettre à profit ces propriétés. Avant de commencer mon opération césarienne, je fis une solution à huit pour cent de gélatine et à trois pour cent d'acide borique, et pour que cette solution fût parfaitement aseptique, je le fis bouillir dix à douze minutes. Eh bien, je dois dire que le résultat fut magnifique. Ceux parmi vous qui ont pratiqué l'hystérotomie dans les derniers mois de la grossesse, savent combien l'hémorragie en nappe est quelquefois inquiétante, lorsqu'on attaque le tissu utérin ; je puis affirmer qu'avec la solution gélatinée, appliquée avec des tampons de ouate aseptique, il n'y a pas lieu de craindre cette hémorrhagie. En appliquant le tampon, les petits vaisseaux sanguins s'oblitèrent presqu'aussi rapidement qu'avec le perchlorure de fer et la cicatrisation qui suit est rapide et parfaite. Je recommande donc ce moyen aux chirurgiens, aux gynécologistes surtout, parsuadé de l'innocuité et de l'efficacité de cet hémostatique parfait.

De l'application de forceps que j'ai faite à travers la plaie opératoire, je ne dirai qu'un mot, c'est qu'elle est très-facile et peut, dans les mêmes circonstances, rendre de grands services.

J'appuierai davantage sur le genre de sutures que j'ai adop-

té pour clore mon hystérotomie. En ne comprenant que la moitié de l'épaisseur du tissu utérin dans mes sutures, j'affronte parfaitement la séreuse utérine, et au cas d'hémorragie consécutive, le sang doit nécessairement pénétrer dans la cavité utérine, au lieu de refluer dans la cavité abdominale. De plus, j'ai lieu de croire qu'ainsi, il y a beaucoup moins de danger d'infection péritonéale, par voie vagino-utérine.

* * *

Avant de clore cette communication, il me reste une question à étudier : Quand doit-on pratiquer l'opération césarienne ?

Dans l'état actuel de la science obstétricale, voici je crois, comment nous pourrions résoudre cette question toujours délicate, souvent grosse d'anxiété et de responsabilité.

Afin d'être clair et précis, je ne poserai ici que des préceptes en quelque sorte, me réservant seulement le bénéfice de discuter sur l'opportunité opératoire du cas spécial qui fait le sujet de cette étude.

1 La dystocie peut être fœtale ou maternelle. Si elle est fœtale, et qu'il y ait disproportion telle entre le volume du fœtus et les diamètres normaux pelviens, soit par hydro-céphalie, œdème du fœtus, etc., que le forceps ne puisse terminer l'accouchement, il n'y a pas d'hésitation possible il faut sacrifier l'enfant par l'embryotomie, la basiotripsie, ou la craniotomie.

2 La dystocie est maternelle ; alors, trois cas peuvent se présenter, quelle que soit la cause du rétrécissement de l'excavation ou des détroits (déformation osseuse congénitale ou par arrêt de développement, rachitisme, ostéomalacie, tumeurs, phlegmons, etc..

a. Si la mensuration du plus petit diamètre du bassin va-

rie entre douze et neuf centimètres, ces cas sont passibles de l'application du forceps.

b. Entre neuf et six centimètres et demi, ces bassins sont justifiables de la symphyséotomie.

c. Moindre que six centimètres et demi, l'on doit pratiquer l'hystérotomie.

Nécessairement, ces règles ne s'appliquent qu'aux cas où le fœtus est vivant. Si l'enfant est mort, l'on pourra terminer l'accouchement par l'embryotomie, céphalotripsie même avec un rétrécissement de quatre centimètres ; mais avec un diamètre inférieur à ce dernier, il faut encore faire l'opération césarienne, excepté peut-être dans le cas où le contenu utérin serait infecté. Heureusement que cette dernière hypothèse se rencontre assez rarement. Mais alors, avec un tel rétrécissement, le contenu utérin étant manifestement septique, que doit faire l'accoucheur ? A tout évènement, je crois qu'alors je tenterais, de chaque côté de la symphyse, la section du pubis et de l'ischion. Ces sections doivent être faciles à faire avec une scie à chainette, guidée par une grande aiguille courbe ad hoc, pour contourner les branches du pubis et de l'ischion, comme l'ont fait, il y a longtemps déjà, Imbert et Stoltz, et certainement que cette dernière opération exposerait moins la mère que l'ouverture de la séreuse abdominale, étant donné que le contenu utérin est septique.

***

Imaginez-vous être en face d'une parturiente dans l'impossibilité physique de mettre son enfant au monde normalement. D'un autre côté, que vous soyez empêché d'avoir l'aide nécessaire pour mener à bien une opération telle qu'une césarienne, voilà certainement des conditions que nous pouvons rencontrer, que nous rencontrons, nous, à la campagne ; c'est là d'ailleurs

mon cas, la première fois que j'ai été appelé pour la malheureuse qui fait le sujet de cette communication. Eh bien ! allez-vous tenter l'opération dans de telles conditions ?

Au lieu d'un infanticide, vous allez commettre un homicide. Allez-vous vous croiser les bras, et laisser périr la mère et l'enfant ?

J'ai fait quelques recherches dans cet ordre d'idées, et si vous voulez me le permettre, je ferai un court résumé des débats d'une séance excessivement intéressante de la Société Obstétricale de France, sur ce sujet Les accoucheurs les plus renommés de cette Société émettent leur opinion sur l'embryotomie et l'infanticide.

C'était à la 9e session, les 3, 4 et 5 avril 1902.

" M. Treub, ayant observé récemment le cas d'une femme enceinte de trois mois, atteinte de vomissements incoercibles, qui se laissa mourir sans permettre l'interruption de sa grossesse, et cela parceque tel était l'avis de son confesseur, fit une enquête auprès de plusieurs évêques. Il apprit qu'une décision du Saint-Office réglémentait ce cas, et que l'Eglise ne devait pas donner l'autorisation de pratiquer l'avortement, même quand la femme était en danger de mort.

M. Bar rapporte un cas où le curé de Saint-Augustin s'est montré plus libéral, en l'autorisant à interrompre une grossesse pour vomissements incoercibles.

M. Budin a observé un fait analogue, s'étant trouvé dans la même situation.

M. Fochier admet que, dans certains cas, la femme est véritablement en état de légitime défense vis-à-vis de son enfant même si celui-ci est à terme, et qu'elle a parfaitement le droit de ne pas vouloir risquer sa vie pour son enfant. M. Fochier conclut que l'embryotomie sur l'enfant vivant est parfaitement légitime, quoiqu'en dise M. Pinard.

M. Herrgott partage cette manière de voir, et ne peut pas, malgré toute sa bonne volonté, admettre les idées de son ami Pinard sur ce sujet.

Tant que la symphyséotomie et l'opération césarienne seront des opérations graves, la femme aura le droit de ne pas accepter ces interventions.

M. Budin constate que tout le monde dans cette Société admet l'embryotomie sur l'enfant vivant, à quelques nuances près.

Pour ce qui est du consentement formel de la mère, la question ne peut même pas être discutée, d'autant plus que, en cas de mort de la femme, la famille aurait le droit de traîner l'opérateur devant les tribunaux si celui-ci a agi suivant sa conscience mais de sa propre initiative.

* * *

Mais dans le cas qui nous occupe, j'ai fait deux fois l'hystérotomie avec succès, et j'ai lieu de croire que c'était l'opération de choix. D'abord, le diamètre antéro-postérieur du bassin de la femme Richard est d'environ six centimètres ; il m'a semblé que la symphyséotomie combinée avec le forceps n'aurait pu suffire à terminer la délivrance. En effet, en désarticulant la symphyse pubienne, l'écartement des illiaques sur leurs articulations sacrées augmenteront bien le diamètre transversal, mais non l'antéro-postérieur. Je restais donc en face de la craniotomie, ou de l'opération césarienne.

La cause principale, déterminante, qui m'a fait opter pour l'opération césarienne, était la viabilité du fœtus, surtout en face du fait que la mère était informée, consciente de son infirmité physique.

Les principes que j'ai posés plus haut, ne peuvent s'appliquer ici à mon sens.

Entre la mère qui fait un enfant lorsqu'elle sait qu'elle ne peut normalement le mettre au monde viable, et l'enfant qui n'a pas été consulté sur sa procréation, le droit de vie de l'enfant prime celui de la mère.

Messieurs, je vous ai dit dans quelles circonstances, j'ai pratiqué l'embryotomie ; étant catholique pratiquant, je m'en suis accusé à mon curé, et vous le dirais-je, avec la meilleure volonté du monde, je n'ai pu arriver à avoir la contrition parfaite.

Et si maintenant, la cause dystocique réside chez l'enfant, si par exemple vous avez affaire à un hydrocéphale, voué à une mort précoce, certaine, ou à une vie éphémère et imbécile, allez vous faire courir les risques d'une opération césarienne à la mère pour sauver un être chétif, dégénéré et voué d'avance à l'inutilité ? Ici encore, ma conscience n'hésite pas, il m'en coute peu de sacrifier ce petit être malformé, pour conserver la mère à sa famille, et à la société.



STOMATITE PUERPÉRALE

Par le Dr ALBERT JOBIN

Les hasards de la vie obstétricale m'ayant donné l'occasion d'observer quelques cas de stomatite ulcéreuse chez les nouvelles accouchées, je me suis demandé si l'on ne pouvait pas classer cette maladie dans la pathologie de suites de couches.

J'ai alors cherché à étudier la nature de cette stomatite. L'étude de sa pathogénie m'a convaincu, malgré le silence des auteurs classiques d'accouchement sur ce sujet, qu'en effet cette maladie existe, non pas comme une entité morbide, mais comme un syndrôme que peuvent faire naître des conditions étiologiques différentes, notamment la puerpéralité.

Par état puerpéral ou *puerpérisme*, j'entends cet état qui commence avec l'accouchement et finit avec le sevrage.

Voici, du reste, les observations dans leur ordre chronologique.

Le 25 mars 1899, Madame J. R...âgée de 22 ans, après une grossesse normale, accouche de son premier enfant. Pendant les 8 ou 10 jours qui suivirent, tout alla bien ; mais une quinzaine de jours après sa délivrance, ma patiente me fit de nouveau demander, se plaignant d'une sensation de chaleur et de douleur dans la bouche. A l'examen l'on constatait que la muqueuse buccale était le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur plus ou moins étendues. Sur ces plaques érythémateuses apparaissaient une ou plusieurs vésico-pustules, les unes transparentes ou d'un gris perle, les autres ayant l'aspect de petites plaques jaunes. Ces

vésico-pustules n'eurent qu'une durée éphémère. Le lendemain elles étaient disparues, et laissaient à leur suite des ulcérations caractéristiques de la stomatite ulcéreuse ou aphteuse. Le fond de ces ulcérations était occupé par une masse pulpeuse, jaunâtre ou grisâtre. Cette masse pulpeuse est comme un véritable tissu de sphacèle, qui, peu adhérent, se détachait facilement et laissait à sa place une surface saignante, à fond grisâtre, à bords irréguliers et décollés. Ces ulcérations étaient douloureuses, et la muqueuse qui les environnait était plus ou moins œdématiée. Leur dimension variait du volume d'une lentille à celui d'une noisette.

Ces ulcérations, généralisées à toute la bouche, siégeaient aux gencives, aux joues, à la langue, aux lèvres, au voile du palais et aux amygdales.

La malade se plaignait de douleurs de tête et d'abattement. Son haleine était fétide, comme dans toutes les stomatites du reste. La mastication et l'ingestion des substances chaudes augmentaient les souffrances. Les ganglions sous-maxillaires étaient augmentés de volume et douloureux. Il y avait du malaise, de l'inappétence et un léger mouvement fébrile qui n'a duré ue quelques jours.

La cicatrisation s'est fait attendre pendant deux septénaires Elle n'a laissé d'autres traces que de petites taches rouges qui ont disparu promptement.

Quelques légers purgatifs, les lavages de la bouche avec le chlorate de potasse et un antiseptique, ont eu raison de cette maladie, c'est-à-dire pour rappeler le mot d'Ambroise Paré : "*Je l'ai pansé, et Dieu l'a guérie.*"

* * *

Le deuxième cas diffère du premier en ce que les conditions étiologiques sont quelque peu différentes. Madame A. L., à la

suite de sa 2me grossesse, menée à bon terme, est devenue une brightique avérée. Aussi, dans chacune de ses 3 dernières, l'urémie a-t-elle produit des hémorragies placentaires, et causé la mort de l'enfant. De plus, la malpropreté de la bouche était ici habituelle. Presque toutes ses dents étaient cariées et comme autant de foyers d'infection.

Le 21 octobre 1899, cette femme accouche, à 8 mois, d'un enfant mort. L'accouchement s'étant compliqué d'hémorragies par placenta praevia.

Les premiers jours se passèrent sans accidents septiques. Mais vers le 6me jour, ma malade commença à se plaindre du mal dans la bouche. En effet l'inflammation de la muqueuse buccale était intense. Il s'était fait, surtout sur les joues et les gencives, une exsudation fibrineuse par grandes plaques, d'un blanc grisâtre et noirâtre. La muqueuse enflammée formait un bourrelet autour de ces plaques et leur donnait l'aspect d'une eschare gangréneuse. Aussi la chute de ces membranes, véritables couennes, laissait-elle de grands ulcères, dont la cicatrisation a pris près de trois semaines à se compléter.

Durant les premiers quinze jours, il y avait du gonflement des joues et de la langue, une haleine fétide, une salivation abondante teintée de sang, de la fièvre, de la diarrhée et des vomissements. En somme l'état général était mauvais et la convalescence fut longue.

L'explication de cet épiphénomène de l'état puerpéral me semble, dans ce cas-ci, facile à donner. Comme je vous l'ai déjà dit, notre malade, dont la bouche était le siège d'une abondante flore microbienne, était une brightique ayant eu des accidents urémiques à chacune de ses trois dernières grossesses. Or, vous le savez sans doute, les personnes atteintes du mal de Bright, avec accidents urémiques, à marche plus ou moins lente, sont sujettes à des stomatites subaiguës, parfois érythémato-pultacées. Et

tout en ne paraissant pas différer notablement des stomatites communes, elles peuvent devenir ulcéreuses plus ou moins rapidement.

M. E. Barié, (1) qui a signalé ces stomatites des urémiques, pense qu'elles sont d'ordre toxique et dues à l'élimination de poisons urinaires par les glandes bucco-salivaires. Mais avec M. le Dr A. Ruault, (2) je crois que le rôle de ces substances toxiques se borne à modifier le terrain et à permettre aux microbes de la bouche de déterminer une stomatite infectieuse.

***

La 3me et la 4me observation sont absolument identiques à la première. Chose digne de remarque, c'est que ces deux observations ont été faites sur la même personne.

En effet Mde J. R. accouchait heureusement de son 2me enfant, le 21 janvier 1901, et de son 3me enfant, le 5 février 1902. Chacun de ses accouchements eut des suites normales. Seulement entre le 12me et le 15me jour qui suivait sa délivrance, notre malade faisait une stomatite ulcéreuse, en tous points analogue à celle décrite dans ma première observation.

Notez que cette femme a des dents saines, et n'a jamais fait usage de mercure, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur dans les suites de couches. Ses antécédents pathologiques sont nuls. Elle n'est ni syphilitique, ni brightique, ni diabétique. Enfin elle a toujours joui, et jouit encore d'une bonne santé.

Comment suis-je venu à la conclusion que la puerpéralité pouvait être la cause de ces stomatites, c'est ce que je vais essayer de montrer :

***

(1) E. Barié : Archives générales des Médecins (1899).

(2) A. Ruault : Traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud.

Tout d'abord on peut poser en thèse générale que les stomatites, spécifiques ou non, sont le résultat du développement et du fonctionnement de micro-organismes, c'est-à-dire sont infectieuses.

Mettant de côté, pour le moment, les stomatites spécifiques, telles que celles causées par les aphtes, le muguet, la diphtérie, la syphilis, la tuberculose etc.....je dirai, avec M M Galippe, (1) qu'il n'y a pas lieu d'établir une distinction entre les diverses espèces de stomatites que je désignerai par le terme générique de gingivo-stomatites infectieuses. " Pour M. Galippe, tous les " accidents buccaux, liés aux intoxications ou survenant à la " suite de lésions dentaires, sont d'ordre infectieux, et ce n'est " qu'en forçant les faits qu'on peut établir des signes cliniques " distinctifs entre les stomatites d'étiologie différente. Le mer- " cure, le plomb, le bismuth, n'ont qu'une action prédisposante " qui facilitera l'infection, de même qu'une lésion locale de la " bouche. La stomatite ulcéro-membraneuse est liée à l'évolution " dentaire. Toutes ces affections sont de nature infectieuse, " polymicrobiennes, sans spécificité. L'antiseptie locale en a " raison, et le sublimé en lotion faible (1 pour 4,000) réussit aussi " bien dans la stomatite mercurielle que dans les stomatites ul- " céreuses se développant chez les individus n'ayant pas pris de " mercure."

Ceci est d'autant plus facile à comprendre que déjà l'on sait que la cavité buccale renferme toujours, même chez les individus en bonne santé, une foule de micro-organismes parmi lesquels plusieurs sont pathogènes.

Ajoutez à cela les lésions dentaires si fréqnentes (caries avec ou sans chicots offensifs) et alvéolaires (gingivites arthro-dentaires) et voilà autant de foyers d'infection d'où celle-ci se propagera facilement à la muqueuse voisine.

(1) MM. Galippe : Journal des connaissances médicales 1890.

Qui dit infection, dit en même temps contagion. M. P. LeGendre (1) cite le cas d'une femme galante, dont la bouche avait toujours été saine, et qui vint à perdre ses dents après avoir eu un protecteur atteint lui-même de gingivite expulsive.

Rien d'étonnant donc que l'éruption des dents, l'ingestion de substances irritantes, favorisent le développement des stomatites subaiguës ou chroniques. Rien d'étonnant non plus que les substances toxiques comme le mercure produisent des stomatites en diminuant la force de résistance de l'organisme vis-à-vis de certains micro-organismes. L'action du sucre ou des poisons urinaires, contenus dans le sang des diabétiques ou des urémiques, est analogue. D'ailleurs, toutes les maladies infectieuses, diathésiques, cachectisantes, favorisent l'apparition des stomatites.

Maintenant, étant donné que les stomatites sont d'origine infectieuse, il est facile de comprendre que la puerpéralité peut être une cause provocatrice de ces maladies ; car l'auto-intoxication qui existe aussi bien chez la parturiente que chez la femme enceinte, favorise le développement des micro-organismes pathogènes de la bouche.

Que d'accidents fébriles ne surviennent-ils pas à la suite de couches, sans que pour cela on ait affaire à la septicémie puerpérale ! Qui ne connait les lymphangites du sein, les intoxications intestinales, pour ne citer que les plus fréquentes.

Cette relation sympathique qui existe entre l'utérus gravide et le tube digestif se continue, il me semble, après l'accouchement. Les stomatites et les intoxications intestinales de l'état puerpéral ne seraient-elles pas, si je puis ainsi dire, comme des formes aggravées du ptyalisme et des vomissements de l'état gravidique ? Je le crois.

(1) M. P. LeGendre : Traité d'antiseptie médicale, page 185.

Dans tous les cas, ces accidents fébriles autres que les septicémies puerpérales, ne sont que des manifestations de l'auto-intoxication que l'on observe aussi bien chez la nouvelle-accouchée que chez la femme enceinte. C'est que cette auto-intoxication, qu'aggrave du reste le traumatisme de l'accouchement, diminue la force de résistance des tissus, et favorise ainsi le développement et le fonctionnement des micro-organismes pathogènes, et particulièrement ceux des intestins et de la bouche.

* * *

J'étais rendu à ce point de développement de mon sujet, lorsque l'idée me vint de consulter les vieux anteurs de Médecine. Car, comme je l'ai dit, les auteurs classiques sont muets sur ce sujet. Bien m'en prit car je fus confirmé dans ma croyance.

En effet je trouvais dans Grisolle (1) justement ce que je cherchais. A l'article de la stomatite, ulcéreuse ou aptheuse, l'auteur dit que cette maladie est un *épiphénomène très fréquent de l'état puerpéral.* Je trouvai aussi la même opinion dans différents traités de Pathologie interne, entr'autres dans ceux de Niemeyer et de Jaccoud.

En relisant mes notes de cours, je constatai aussi que mon professeur de médecine, le Dr Chs. Verge, d'honorée mémoire, signalait la puerpéralité comme une des causes de la stomatite ulcéreuse.

Je n'apprends donc rien de nouveau ; tant il est vrai que tout est dit, et que l'on vient trop tard. Cependant je croirai avoir accompli un devoir, si, par cette communication, j'ai pu tirer de l'oubli cette complication des suite de couches que les anciens considéraient comme réelle. J'aurai aussi apporté mon humble part à l'œuvre de ce premier congrès. Puisse ce modeste

(1) Grisolle : Traité de pathologie-interne, 1844.

travail être à l'édifice, non pas comme la pierre travaillée et polie par la main de l'ouvrier, mais comme le grain de sable obscur, dérobé à la poussière du chemin.

* * *

Pour résumer ce qui précède je crois que nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

I Les stomatites, surtout les stomatites ulcéreuses, sont une des complications des suites de couches.

II La nature de ces stomatites est d'ordre infectieux.

III Le meilleur traitement consiste dans les lavages de la bouche avec un antiseptique.

IV Ces lavages de la bouche doivent être recommandés comme moyen prophylactique aux nouvelles-accouchées, particulièrement à celles qui ont des lésions dentaires ou alvéolaires, ou qui souffrent d'insuffisance rénale.



DU CHOIX DE LA MAIN DANS LA VERSION PODALIQUE.

Par M. le Dr ALPHONSE LESSARD, de Québec.

Les quelques observations qui font le sujet de ce court travail n'ont pas le mérite d'une grande nouveauté ; la version, c'est de l'histoire ancienne en même temps qu'une opération bien ordinaire pour nombre de praticiens qui sont ici et que la longue expérience des accouchements a rendus maîtres en la matière ; mais ceux-là me permettront d'invoquer à l'appui des opinions que je me propose d'émettre cette même expérience pour en faire profiter les jeunes médecins auxquels je m'adresse d'une manière toute particulière.—Des circonstances m'ont favorisé, et je dois à la bienveillance d'un confrère, une bonne partie des connaissances pratiques que j'ai acquises sur l'opération obstétricale qui nous occupe.

Le jeune médecin, qui pour la première fois se trouve en présence d'une version à faire, est très rarement d'une tranquillité parfaite. Nous savons ce qui en est, nous avons tous passé par là. La plupart du temps, il ne connaîtra de cette manœuvre obstétricale que ce qu'il aura entendu aux cours et lu dans ses livres ; pendant ses études médicales, aucun cas de ce genre ne se sera peut-être présenté aux cliniques d'accouchements, et il n'aura pour toute arme de combat que la théorie de l'opération qu'il doit pratiquer. S'il est seul, éloigné du secours d'un confrère plus vieux et plus expérimenté, il devra tenter cette intervention

au milieu d'un entourage dont les mauvaises dispositions sont le plus souvent en raison directe des difficultés à surmonter. C'est alors qu'il aura besoin de tout son sang froid, de toute sa prudence et surtout d'un mode opératoire simple, facile, rapide et pratique ; s'il le possède bien, qu'il agisse sans crainte, qu'il ose sans témérité, et le succès sera la récompense de son intelligente intervention. C'est une méthode de ce genre que je désire préconiser.

La version podalique, opération qui a pour but de transformer la présentation préexistante en une présentation de siège et de permettre l'extraction immédiate de l'enfant, se pratique, tout le monde sait cela, dans les cas de présentations transverses ou du sommet dans certaines conditions ; aussi, je ne mentionne que pour mémoire et qu'en passant les précautions antiseptiques d'absolue rigueur dans une manœuvre si dangereuse au point de vue de l'infection subséquente.

Y a-t-il lieu d'employer le chloroforme ?

Les auteurs nous le disent, mais dans la pratique, l'immense majorité des versions se font sans chloroforme. Les 14 versions dont il est question dans ces notes, ont été effectuées sans cet anesthésique, excepté chez une éclamptique qui, naturellement, se trouvait sous l'influence de ce médicament depuis plusieurs heures. Cependant, il peut servir quand l'utérus a des tendances à se tétaniser ; il aidera au relâchement des fibres musculaires de cet organe.

Après avoir fait mettre la femme en position obstétricale, l'accoucheur ayant mis habit bas, lave et antiseptise les parties génitales de sa patiente de même que la main et l'avant-bras qui doivent y pénétrer.

Nous arrivons à la question que je me suis proposé d'étudier dans ce travail, à savoir : de quelle main doit-on se servir pour pratiquer la version ? Si l'on consulte les traités

d'accouchement, on y trouvera une série d'axiomes, résumés de longues dissertations sur le sujet, et pouvant se formuler ainsi: Pour les présentations du sommet, quand l'occiput est à doite, vous devez introduire la main droite, et la main gauche quand l'occiput est à gauche. Pour la face, menton à droite, main gauche ; menton à gauche, main droite. Dans les présentations transverses, que le dos soit en avant ou en arrière, servez-vous de la main droite quand l'épaule droite occupe l'orifice utérin, et de votre gauche pour l'épaule de même nom. Voilà la théorie et comme toutes les théories, elle a certainement son beau côté, mais franchement, en pratique, les choses se passent-elles ainsi ? Je m'adresse à tous les médecins d'expérience, de bien plus d'expérience et d'habilité que moi, à tous ceux qui ont fait et font souvent des versions, et je leur demande si l'on doit attacher une grande valeur à toutes ces théories. Pour ma part, je crois qu'on pourrait remplacer les axiomes des traités que j'ai mentionnés par celui-ci, beaucoup plus simple, ne prêtant à aucune équivoque et pouvant s'appliquer à tous les cas : servez-vous de votre main la plus exercée (dans l'immense majorité des cas, la main droite), introduisez-la, poussez-la au fond de l'utérus, et là, saisissez le premier pied ou le premier genou qui se présente, abaissez-le, et pourvu que vous le teniez bien, la version s'effectuera. Orientez vous bien, selon l'heureuse expression de Paul Dubois, et allez-y résolûment, que ce soit l'épaule droite ou l'épaule gauche, que l'occiput ou le menton soit à droite ou à gauche, dirigez bien votre main, le fond de la matrice n'est toujours pas un endroit assez grand pour qu'elle s'y promène pendant longtemps,et elle atteindra nécessairement les extrémités pelviennes du foetus. Dans le cas où le dos de l'enfant sera en arrière, une fois la main rendue au fond de l'organe, elle n'aura qu'à contourner le bassin et à saisir le premier pied qu'elle pourra atteindre. Ce n'est pas ce que disent les traités, je le sais, mais

je sais aussi qu'il faut tenir compte de ce que la pratique nous enseigne, et que celle-ci est une grande maîtresse dans l'art des accouchements.

Et d'ailleurs que disait l'illustre Tarnier à la suite de son maître Dubois? "Nous préférons, disait-il, la manière de faire de notre maître, le professeur Paul Dubois, qui conseille de passer la main derrière le foetus, la face dorsale regardant en arrière, la face palmaire en avant, et de l'enfoncer jusqu'au fond de l'utérus, sans se préoccuper des parties foetales que l'on rencontre. Une fois au fond de la matrice, on est maître de la situation ; après s'être orienté, rien n'est plus facile que de saisir les pieds. Nous n'attachons qu'une mince valeur à tous ces procédés ; le mieux est d'enfoncer la main profondément en la faisant pénétrer là où l'on rencontre le moins d'obstacles. Les pieds sont souvent très haut ;les jeunes praticiens, qui ignorent ce fait, s'arrêtent à moitié chemin et échouent dans leur entreprise ; ils auraient réussi avec un peu plus de hardiesse (Tarnier, *Accouchements* Vol IV).

J'ai dit tantôt qu'il fallait saisir le premier pied qui se présente. Là encore, les traités nous parlent longuement de la grande utilité, pour ne pas dire la nécessité, de saisir soit le pied supérieur, soit le pied inférieur ; Simpson, Barnes, Smith, Playfair Baudelocque, Mme Lachapelle tiennent pour le premier, tandisque Duncan, A. Martin, Tarnier et autres recommandent le pied inférieur. Les premiers, pour repousser la manœuvre préconisée par leurs contradicteurs, invoquent le danger qui peut exister d'amener l'enfant, le dos en arrière, et d'accrocher le menton sous l'arcade pubienne, si l'on tire sur le pied inférieur. Les autres rejettent l'idée de ce danger. Encore une fois, quelle utilité peut on retirer en pratique de ces recommandations? Et celles-ci méritent-elles réellement qu'on s'y arrête, et qu'on leur accorde une grande valeur? Saisissez le pied que vous pourrez et comme

vous pourrez pourvu que vous le saisissiez bien, et comme dit Maygrier, lors même qu'on saisît le mauvais pied, le danger de voir le dos en arrière et le menton se loger sous l'arcade pubienne est plus théorique que réel. En clinique, il n'est pas toujours facile ni possible de se conformer à des règles précises comme sur le mannequin (Tarnier, Accouchements, vol. IV). Il sera toujours temps, pendant la descente, de faire évoluer le dos du foetus s'il ne l'est pas dejà.

Enfin, lorsque la tête est dans l'excavation et les deux bras sortis, que l'expulsion définitive retarde et que l'enfant est ménacé d'asphyxie, la meilleure méthode, à mon avis, pour terminer rapidement l'accouchement, est celle de Mauriceau, qui consiste à introduire deux doigts dans la bouche et à exercer des tractions sur le maxillaire inférieur pendant qu'un aide relève le corps de l'enfant et fait de la compression sur la tête à travers les parois abdominales de la mère.

A l'appui des prétentions que je viens d'émettre, j'ai 14 observations de version podalique à vous présenter. Le nombre en est petit, c'est vrai, et il ne manque pas d'accoucheurs dont les fastes obstétricales présentent un nombre beaucoup plus considérable de ces interventions. Mais j'ai soigneusement noté et classifié celles que j'ai pratiquées, et je crois que le nombre est suffisant pour m'autoriser à parler comme je viens de le faire. Je me contenterai d'en faire la nomenclature au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire de la présentation, de la position et de la main dont je me suis servi, laissant de côté tout ce qui ne touche pas immédiatement à cette partie de mon sujet.

De ces 14 versions, 12 furent faites chez des multipares et 2 chez des primipares. Dans 4 cas, dont l'un eut pour cause l'éclampsie et un autre une insertion vicieuse du placenta, le sommet était la partie foetale en présentation, dont 3 en O.I.G.A. et 1 en O.I.D.A.—Les 10 autres versions furent faites pour des pré-

sentations de l'épaule : l'épaule droite dans 7 cas, l'épaule gauche dans 3, le dos en avant 8 fois et le dos en arrière 2 fois.—Comme vous le voyez, messieurs, ces 14 observations présentent à peu près toutes les perspectives que l'on peut rencontrer, et dans chaque circonstance, qu'il y eût présentation de l'épaule droite ou gauche avec dos en avant ou en arrière, que l'occiput fut à droite ou à gauche, ce fut ma main droite qui opéra la version, et je puis certainement le dire, avec facilité et rapidité.

Je me souviens qu'à l'heure des premières occasions où j'eus á pratiquer cette opération obstétricale, alors que l'épaule gauche occupait l'orifice utérin en dorso-antérieure, ayant voulu faire les choses selon la théorie, j'introduisis la main gauche et je me mis à chercher les pieds. Je ne réussis pas, et je dus reprendre l'opération avec ma droite qui amena aussitôt un pied. Un praticien d'expérience aurait sans nul doute réussi, mais il ne faut pas oublier que j'étais alors assez novice dans les difficultés que présente la pratique des accouchements, et c'est pour les jeunes accoucheurs surtout, que je me suis permis d'émettre les conseils que vous avez entendus.

Je ne prétends pas m'insurger contre les procédés classiques indiqués par les maîtres, encore moins les mettre de côté tout-à-fait, mais lorsqu'une méthode simple et unique est à la disposition de tous, pourquoi ne pas l'adopter ? Pourquoi, en pratique, (car c'est toujours au point de vue pratique que je parle), soumettre une opération de cette nature à une série de conditions, et ne pas prendre une voie simple, facile et surtout unique ? En obstétrique comme en chirurgie et en médecine, nous devons toujours chercher à simplifier une méthode, de manière à la rendre praticable pour le plus grand nombre, et, par là, étendre le cercle de ceux qui sont maîtres de leur art en leur facilitant les moyens de parvenir à ce degré de capacité.

IV

SECTION D'OPHTALMOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

L'ULCÈRE A HYPOPION A CENT ANS D'INTERVALLE

Par A.-A. FOUCHER

Professeur à l'Université Laval de Montréal, Médecin en chef de la Clinique d'Ophtalmologie, de Rhinologie et d'Otologie à l'Hôpital Notre-Dame

Il y a cent ans, les docteurs Demours, père et fils, pouvaient être considérés, à bon droit, comme les représentants attitrés de l'ophtalmologie en France à cette époque. Pierre Demours, médecin de la Faculté de Paris, médecin oculiste du roi, naquit au commencement du dix-huitième siècle et mourut en 1795. Il fut le premier à abandonner la pratique générale de la médecine pour en cultiver une partie déterminée.

Les biographes racontent que la foule de malades qui le consultaient était si grande qu'elle ne lui laissait pas le temps de se livrer à la partie chirurgicale de sa spécialité. Les réponses aux mémoires qui lui étaient adressés de toutes les parties de la France forment sept gros volumes in-quarto, tous écrits de sa main. Il trouva le moyen de dérober à l'exercice de sa profession le temps nécessaire pour étendre un peu plus loin les notions d'anatomie, c'est ainsi qu'on lui doit la connaissance de la

membrane cornéenne qui porte son nom. Son fils, A. P. Demours, s'associa de bonne heure à ses travaux et publia, en 1818 trois volumes qui résument soixante-quinze années de pratique conjointe.

On retrouve dans ces volumes, avec leur couleur locale, les idées qui avaient cours à cette époque sur la pathologie oculaire. En parcourant ces pages écrites, il y a cent ans, par les plus célèbres oculistes de leur temps, on est étonné de la transformation complète qui s'est opérée dans l'interprétation des maladies de l'œil depuis cette époque. La révolution a été complète dans la classification, le diagnostic, le traitement ; on peut dire que la spécialité ne faisait que de naître ; de fait, il y manquait les chapitres les plus importants.

Je ne m'attarderai pas à en faire l'énumération pour arriver immédiatement à la question des affections cornéennes.

La division des ulcères de la cornée, telle que conçue par Ambroise Paré, est reconnue en grande partie utile par Demours. Demours définit l'ulcère de la cornée une destruction partielle soit de l'addenata, soit d'une ou plusieurs couches de la cornée. Quant au processus intime qui amène cette destruction il n'en fait aucune mention.

L'observation clinique lui a démontré qu'il existe plusieurs variétés d'ulcères quant à leur forme, leur étendue, leur profondeur, leur apparence, leur gravité, leur intensité et les causes qui les produisent.

Il dit que les ulcères superficiels sont prompts à guérir, cependant il faut remarquer que quelques uns de ces ulcères montrent beaucoup d'opiniâtreté à guérir, si le patient faiblit ou s'il est sujet à des fluxions. Opiniâtres encore sont les ulcères résultant d'un principe spécifique et surtout dartreux.

Les uns apparaissent enduits d'une matière blanchâtre semblable à la craie mouillée, ils ont des bords légèrement baveux,

tandis que les autres ont leurs bords très nets et transparents. Il émet l'opinion que l'ulcère qui siège au bord supérieur de la cornée est très difficile à guérir, et il en donne la curieuse explication qui suit : à cet endroit, il est à peu près constamment à l'abri de l'action utile de l'air et toujours mouillé par la liqueur de la glande lacrymale. Il prend quelquefois une forme demi-circulaire et il a vu souvent alors se former un hypopion suivi de la perte de l'œil. Il est évident que cette forme toute spéciale ne lui a pas échappé mais il n'en fait pas une entité morbide distincte et surtout il ne fait aucune mention de la dacryocystite qui l'accompagne généralement. L'auteur explique encore comme suite la formation des ulcères : pendant le sommeil, les paupières fermées forment, avec la cornée comme base, un canal triangulaire où coule la liqueur des larmes, cette partie de la cornée est la plus exposée à l'action de cette matière. S'il arrive donc que la liqueur lacrymale soit chargée de sels âcres, capables de corroder le tissu de la cornée, l'ulcère suit la direction de ce canal. Pour éviter un tel accident l'auteur conseille de se coucher sur le côté opposé à l'œil affecté. Pour ce qui concerne le traitement, il est ancestral au plus haut degré, écoutez plutôt: infusion légère de fleur de Sureau ou de Mélinot avec addition d'un demi grain de miel rosat pour un demi septier. Il conseille de ne pas tourmenter les enfants qui refusent ces lotions, attendu que les larmes qu'on leur ferait verser leur nuiraient plus que le collyre ne leur ferait de bien.

Pour justifier la non intervention, il trouva l'ingénieuse explication suivante : les fibres de la cornée se régénèrent tout naturellement, il ne s'agit que d'écarter ce qui pourrait troubler le travail de la nature en combattant d'ailleurs la cause de la maladie. Ces fibres entamées laissent suinter une liqueur lymphatique qui se durcit à l'air et forme, en se desséchant, une concrétion blanche et opaque, matière de la cicatrice qui succède à ces

ulcères. Lorsqu'on emploie des collyres dessicatifs on racornit les extrémités des fibres rongées et elles perdent pour toujours leur transparence. D'où la conclusion qu'il valait mieux traiter les ulcères à l'eau de rose, et les anciens en usaient largement en vertu de cet autre principe que si ça ne faisait pas de bien ça ne causait aucun mal.

Demours reconnait que l'hypopion provient de deux sources : soit de la cornée, entre les lames, ou de la membrane séreuse, décrite par son père en 1770.

Lorsque l'hypopion est porté au dernier degré de violence, c'est l'empyème. Pour nous, c'est plus que l'ulcère à hypopion, c'est plus que l'hypopion simple, c'est l'indice d'une choroïdite purulente, d'une panophtalmie. Il attribue la cause de l'épanchement de pus dans la chambre antérieure à une violente ophtalmie, une blessure, un coup, un vice spécifique comme la scrofule, la syphilis, à tout ce qui dérange la circulation dans les vaisseaux déliés du globe oculaire. La cause la plus ordinaire lui a paru être l'extension d'une phlegmasie des membranes extrêmes de la cornée probablement, aux membranes internes du globe oculaire.

Mais il voit bien moins souvent l'hypopion causé par la violence de l'ophtalmie que par les fautes de régime, par l'application de topiques contraires, comme cataplasmes, pommades et lotions chaudes avec des collyres actifs, par des infusions trop fortes et surtout par l'emploi des vomitifs pendant l'état de l'ophtalmie très grave. L'effet des soulèvements de l'estomac n'est jamais douteux, d'après lui, lorsqu'il y a déjà un commencement d'épanchement. On le voit augmenter pendant que le malade vomit comme on le voit diminuer pendant que le sang coule par une saignée faite aux pieds. Des cataplasmes émollients non seulement donnent fréquemment lieu à la formation de l'hypopion et l'augmentent s'il existe déjà, mais préparent la

rupture de la cornée en diminuant son ressort. On voit là, noyée dans un déluge de suppositions futiles, l'origine réelle de l'hypopion. Il est bien vrai que le pus provient soit de la cornée lorsqu'elle est ulcérée, soit des membranes profondes de l'œil, mais la cause réelle a complètement échappé à Demours et à ses devanciers : l'agent infectant, l'agent vivant qui, après avoir élu domicile dans la cornée, s'en fait un milieu de culture. On comprend que les cataplasmes aient démontré leur mauvais effet dans ces cas, on comprend moins bien l'action attribuée aux vomitifs et à la saignée aux pieds.

Peu partisan de l'intervention dans l'ulcère cornéen en général, Demours ne l'est pas davantage dans le traitement de l'hypopion.

L'ouverture de la cornée lui répugne, il prétend qu'on peut s'en dispenser dans un grand nombre de cas, excepté toutefois si l'on veut éviter la perte de l'œil et produire l'atrophie. Il ne peut préciser exactement quand il faut ouvrir la cornée et il prétend que l'expérience seule peut l'enseigner. Toutefois, avant de pratiquer l'opération, il constate le degré de vitalité de la cornée ; si elle est ramollie, le globe de l'œil suppure.

Il n'opère jamais chez les enfants, il incise la cornée des adultes quand la formation de la matière a lieu d'abord et qu'il se déclare ensuite des douleurs par irradiations qui semblent partir du globe et s'étendre de ce point aux bords de l'orbite, au sommet de la tête et à d'autres parties ; quand, en un mot, on peut supposer que la présence du pus formant corps étranger est la cause d'accidents symptomatiques, lesquels, à leur tour, peuvent entretenir et augmenter l'épanchement. Il s'abstient quand l'épanchement paraît diminuer la crise des céphalalgies et des douleurs qui se font sentir et il dirige ses efforts contre la cause.

Comme on le voit, des indications opératoires ne peuvent pas être moins précises et plus ambigues. Il n'est pas étonnant

que Demours ait peu opéré dans ces cas, d'autant plus que l'ouverture devait occuper la place de l'incision pratiquée pour l'opération de la cataracte, en ne tenant aucun compte de l'emplacement de l'ulcère.

Pour combattre la phlegmasie qui produit l'hypopion, Demours conseillait la saignée aux pieds ou à la jugulaire ; des sangsues à la paupière inférieure, à la tempe ou en arrière des oreilles.

Chez la marquise de B.... observation 216, p. 367, vol. 2, le traitement est plus héroïque, il prescrit 12 sangsues à la marge de l'anus et constate que la cornée est mieux le lendemain. Il fait aussi usage de vésicatoires à la nuque ou entre les épaules, de laxatifs, de lavements purgatifs. C'est la pommade au garou sur la nuque, la pulpe de casse et un peu de manne comme laxatif ; il fait étuver l'œil un petit nombre de fois avec une décoction de laitue, mais il conseille de ne jamais se servir d'une cuillère pour le baigner, de faire tous les sacrifices nécessaires afin de procurer au patient de bonnes nuits ; il conseille aussi des promenades en voiture et à pied, lorsque le soleil est prêt de se coucher, il prescrit un choix scrupuleux d'aliments, conseille d'éviter le chaud et le froid, les conversations bruyantes près du malade, ce dernier doit très peu parler, éviter tout sujet de trouble, exposer son œil à l'air, et le baigner souvent avec de l'eau commune.

En résumé, la guérison de l'ulcère à hypopion était à peu près complètement laissée aux seules forces de la nature, l'opération, qui aurait pu produire d'heureux résultats, était pratiquée à la dernière extrémité, en dehors du champ ulcéré et sur une grande étendue.

Il en résultait tout naturellement que la cornée n'offrait plus de vitalité, que les parties saines étaient largement ouvertes à l'infection et en définitive au lieu d'aider à la guérison elle favorisait la terminaison fatale, la perte de l'œil par panophtal-

nite, ce qui nous explique pourquoi l'auteur y recourait le moins souvent possible et toujours avec une certaine appréhension.

Ce qui étonne le plus en lisant les anciens, c'est de constater que la relation si intime qui existe entre la dacryocystite et l'ulcère à hypopion leur a complètement échappé ; qu'ils n'aient pas observé cette forme particulière de l'ulcère des moissonneurs causé par des parcelles végétales qui se décomposent dans la cornée ; qu'ils n'aient pas été frappés de la forme particulière que revêt cet ulcère infectant. L'état diathésique était tout chez les pionniers de l'ophtalmologie, Sichel et Desmanes pères étaient encore imbus de ces idées au commencement du siècle dernier. Et, comme généralement on tombe fatalement d'un extrême à l'autre, l'ophtalmologie du milieu du siècle dernier a peut-être eu des tendances trop spéciales.

Il en est résulté dans les traitements un peu de négligence pour ce qui concerne l'état diathésique. La réaction s'est opérée depuis, dans le bon sens, l'ophtalmologie s'est éclairée des découvertes faites dans le domaine général et il en résulte qu'elle ne voit pas partout les manifestations d'un vice dartreux, lymphatique, rhumatoïde et autre ; qu'elle ne voit pas non plus seulement des maladies locales justifiables de traitements locaux, mais qu'elle fait la part qui revient à chaque cas particulier. Les affections cornéennes sont quelquefois d'origine diathésique, je n'en veux d'autres preuves que la kératite parenchymateuse généralement due à la syphilis héréditaire. Mais il y a aussi des maladies cornéennes purement locales causées par inoculation directe de matières septiques, et l'ulcère serpigineux de la cornée en est une preuve évidente.

Considéré de nos jours, l'ulcère à hypopion est le résultat d'une infection cornéenne, c'est un type à part, offrant des caractères particuliers, ayant une marche envahissante et un pro

nostic très grave. Dès 1870, Soemisch en a tracé l'image clinique qui se résume à la description suivante : ulcération à marche essentiellement progressive, rapidité d'évolution, aboutissant inévitablement à la perforation, propagation constante dans une direction déterminée et désignée d'avance par une infiltration boursoufflée et blanchâtre.

L'hypopion en résulte trois fois sur quatre. Début insidieux généralement au centre de la cornée, ulcère de forme variable, grisâtre, entouré en dedans et en dehors d'un croissant blanchâtre composé de plusieurs petits points. L'ulcère n'est pas profond, les bords sont boursoufflés et l'infiltration progresse ainsi que l'ulcère en dehors des lois de la pesanteur. Le liquide de la chambre antérieure se trouble, le pus apparaît à la partie la plus déclive, la marche de l'affection peut être assez rapide pour ronger la cornée en quatre ou cinq jours.

Le pus remplit la chambre antérieure, la cornée devient, en apparence, complètement infiltrée, la perforation a lieu, produisant avec elle une sortie des masses purulentes fibrineuses de la chambre antérieure, quelquefois une hernie de l'iris et une cataracte traumatique. Dans les cas les plus heureux où la perforation est petite et n'est pas suivie d'une hernie de l'iris la cornée s'éclaircit, on constate que la lésion cornéenne est moins étendue qu'elle paraissait l'être et la guérison s'effectue lentement. Malheureusement, l'action curative de la perforation accidentelle ne s'exerce pas toujours d'une façon constante, il suffit que des masses fibrineuses viennent obstruer la perforation et la marche de l'ulcère peut reprendre son cours. Cette progression, entraîne une plus grande perte de la substance cornéenne et facilite soit le staphylome cornéen, la hernie de l'iris ou la panophtalmite.

Les causes de cet ulcère sont, avons-nous dit, de nature infectante. En 1882 le docteur Angelo Verdese, de Gênes, émit

l'opinion que l'ulcère serpigineux est dû à l'action infectante de micro-organismes, sans pouvoir le demontrer par des expériences de laboratoires qui étaient encore à l'enfance à cette époque. Aujourd'hui il n'y a plus de doute, la bactériologie a entièrement confirmé les prévisions du distingué spécialiste gênois, et j'ajouterai même qu'on devrait donner rendez-vous à tous les sceptiques de l'infection, s'il en existe encore, sur le terrain cornéen pour leur démontrer pratiquement les traits de ressemblance qui existent entre la culture microbienne sur agar, dans les tubes et celles qu'on obtient sur la cornée dans les cas d'infection directe. Dans un cas comme dans l'autre on assiste à des troubles dont on peut tracer la marche à l'avance, la progression du trouble est tellement régulière qu'on la croirait sous le commandement d'un chef qui dirige mathématiquement l'assaut et l'invasion de la place.

L'infection peut se produire de deux manières distinctes : du dehors, c'est ce qui a lieu le plus souvent, et de l'intérieur.

L'infection externe a lieu par des corps étrangers portant [illegible] eux le germe de l'infection ; ou ils sont aseptiques, et ouvrent la porte à une infection qui existe au voisinage de l'œil, c'est le cas le plus fréquent.

Dans le premier cas, je pourrais citer les traumatismes par morceaux de pierre, par de la chaux, ou encore par des produits végétaux qui se décomposent sur place, tel que les barbes de blé, les balles d'avoine, les brins de foin, etc. . Ce sont les ulcères des moissonneurs.

Dans le second cas, les corps étrangers ne sont pas septiques par eux-mêmes, ni susceptibles de le devenir sur place, mais ils ouvrent la porte à l'infection de voisinage. C'est ce qui a lieu le plus souvent lorsqu'il existe une dacryocystite. On comprend facilement ce qui a lieu : l'épithélium est érodé, le pus de la dacryocystite, en réserve dans le sac lacrymal et baignant conti-

nuellement la cornée, pénètre dans la brèche faite à l'épithélium et il se produit une véritable vaccination. Ce sont généralement ces cas qui se présentent ; à un tel point qu'en présence d'un cas d'ulcère infectant il faut immédiatement inspecter l'état du conduit lacrymal.

Enfin l'infection provient de l'économie même, comme au cours de la variole, de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, de la scarlatine ou de la diphtérie. C'est une endo-infection de nature généralement d'autant plus grave qu'il est plus difficile de remédier promptement à la cause qui la détermine.

Appprécié à ce point de vue l'ulcère serpigineux de la cornée devient une entité morbide bien distincte mais offrant encore des caractères particuliers suivant le mode d'infection et surtout suivant la variété microbienne à laquelle nous avons affaire.

Classifier ces diverses infections, en tirer des déductions pratiques, quant au diagnostic et au traitement, voilà la direction dans laquelle s'oriente l'étude des kératites depuis trois ou quatre ans. Il est évident que nous voilà bien loin des idées qui avaient cours du temps de Demours et de ses devanciers.

Ces études tendent à substituer aux divisions des kératites à multiplicité de types différents, ou aux simplifications exagérées une division basée sur la notion étiologique et l'observation clinique.

Dans la véritable acception du mot, l'examen clinique doit comprendre, en plus de l'examen anatomique de la lésion, l'étude de l'évolution de la contagion et de l'étiologie du processus pathologique.

D'après Petit (1) le bacille de Morax, de Week, de Nesler, de Loefler, le staphylocoque, le s reptocoque, le pneumocoque

(1) Thèse de Paris, 1900.

auraient quelque chose à faire avec les différentes ulcérations cornéennes. De toutes ces variétés c'est le pneumocoque qui est en cause le plus souvent dans l'ulcère serpigineux avec dacryocystite ; il a son siège de prédilection dans le bord boursoufflé de l'ulcère, et c'est là surtout qu'il faut l'attaquer.

Dans l état actuel de nos connaissances bactériologiques il n'a pas encore été établi de délimitation bien précise entre les diverses variétés d'ulcères infectants quant à leur marche, à leur pronostic et à leur traitement; c'est un champ d'études à explorer et il s'écoulera peut-être encore beaucoup de temps avant que nous soyions parfaitement fixés sur ce sujet, mais c'est là une voie toute rationnelle et nous avons lieu d'en attendre de bons résultats.

Il existe donc à cent ans d'intervalle, comme on pouvait le prévoir à la suite des découvertes de Pasteur, une ligne de démarcation bien tranchée entre l'ophtalmie du 19e et celle du 20e siècle. A une classification embryonnaire des kératites s'est substituée graduellement une nouvelle classification basée sur les données anatomiques et bactériologiques.

L'ulcère à hypopion n'est plus une entité morbide confuse, confondue avec les autres ulcérations de la cornée, c'est un type à part, ayant sa marche, son évolution et ses caractères spéciaux ; c'est l'ulcère avec altération des voies lacrymales, avec dacryocystite ou avec rhinite atrophique, c'est l'ulcère à pneumocoque. Partant le traitement n'est pas celui de la constitution, il ne dérive pas de l'exercice, des saignées à la tempe, à l'anus ou au pied, mais il repose sur une désinfection de l'œil malade, sur le débridement des voies lacrymales malades, sur les soins antiseptiques des fosses nasales et sur une intervention chirurgicale, qui agit elle-même de façon à débarrasser le plus tôt possible la membrane affectée des micro-organismes

qui, y ayant élu leur domicile, y trouvent un milieu de culture.

Ces traitements sont rationnels et répondent à notre attente. L'ulcère à hypopion est une des affections les plus graves de la cornée en ce sens qu'il évolue rapidement dans le centre le plus important de la cornée, qu'il laisse à sa suite des taches indélébiles qui nuisent à la vision ou, ce qui est pire, qui se terminent par la panophtalmite, la fonte purulente du globe de l'œil. Sera-t-il toujours nécessaire de recourir à l'examen bactériologique ?

Non, car pour cette forme particulière, le diagnostic s'impose ; mais le jour n'est pas éloigné où l'on utilisera l'examen bactériologique pour être renseigné sur le diagnostic et le traitement de tous les ulcères cornéens.

J'ai parlé du traitement antiseptique de l'oeil malade. Peut-être n'est-il pas hors de propos de fixer ce mode de désinfection. Il comprend les lavages répétés de l'oeil avec une solution de bichlorure de mercure au 1/5000, les injections sous-conjonctivales de sublimé au 1/5000, le bleu de méthylène en instillation, la pommade iodoformée et même l'iodoforme en poudre introduite entre les paupières, la cautérisation ignée des bords de l'ulcère ; on a aussi employé la teinture d'iode dans l'ulcère, l'acide phénique en solution concentrée, le chlorure de zinc. Quant à l'opération chirurgicale elle consiste à ouvrir la cornée au niveau de l'ulcère.

Cette opération, mise en vogue par Sœmish, a marqué un progrès réel dans le traitement de l'ulcère à hypopion. Elle consiste à ouvrir la cornée au niveau de l'ulcère, à l'aide d'un couteau. Sœmish la pratiquait dans le grand diamètre de l'ulcère, de façon à séparer l'infiltration en deux portions égales. Ce procédé a pour effet d'évacuer les masses purulentes accumulées dans la chambre antérieure, et nous lui devons de nombreux

succès. Mais, à côté d'avantages indéniables, cette opération a pour effet d'ouvrir largement les portes de la cornée a de nouvelles poussées d'infection.

Nous lui avons substitué, depuis quelques années, l'ouverture de l'ulcère, dans sa partie la plus profonde, à l'aide d'une fine pointe de galvano-cautère. C'est encore l'opération de Sœmish, au moins quant à son principe, mais l'ouverture est plus limitée ; c'est aussi la cautérisation ignée de Martinache et de Gayet, de Lyon, mais une cautérisation centrale limitée et perforante, n'ouvrant pas aussi grandes les portes à l'infection, mais permettant tout de même d'établir un drainage de la chambre antérieure, ce qui constitue pour moi la clef du succès à obtenir.

Ce n'est pas un simple caprice qui m'a conduit à procéder ainsi, c'est l'insuccès fréquent du procédé de Sœmish, des cautérisations ignées superficielles et aussi des traitements antiseptiques ci-haut mentionnés. J'ai été frappé du peu de certitude que donnent ces divers traitements, de la marche quelquefois foudroyante de la maladie et des désordres irrémédiables qui suivent une expectation trop prolongée ; c'est-à-dire une confiance trop aveugle aux seules ressources d'un traitement antiseptique local qui n'imprègne pas suffisamment tout le champ infecté et surtout qui n'atteint pas le liquide de la chambre antérieure.

Je n'hésite pas à dire qu'en présence d'un ulcère infectant qui progresse pendant deux jours en dépit d'un traitement antiseptique, il n'y a pas à hésiter, il faut perforer la cornée immédiatement avec le galvano-cautère avant même que l'hypopion se soit produit. On assiste alors à une véritable résurrection de la cornée, à un arrêt immédiat de la maladie et on prévient un ulcère trop étendu qui laisserait des taches indélébiles, définitives et nuisibles à la vision. C'est l'opération de choix

sur laquelle on peut compter pour se rendre maître de la maladie.

Depuis que j'ai recours à ce procédé je n'ai plus cette terreur que m'inspirait autrefois l'arrivée d'un cas d'ulcère infectant.

Comment agit cette opération ? Je lui attribue deux effets : 1° elle cautérise certainement le champ infecté, dans une certaine étendue ; 2° surtout elle livre l'ulcère aux lavages continuels par le liquide de la chambre antérieure. La chambre antérieure cesse d'être un antre de microbes, peut-être même que l'humeur aqueuse offre une action bactéricide analogue au liquide nasal, buccal et autre.

De plus, l'ouverture ronde, faite au galvano-cautère, reste béante et il est indispensable qu'il en soit ainsi. Si elle se referme trop vite ou que les bouchons fibrineux de l'hypopion viennent en obstruer la lumière, ce qui arrive le plus souvent, il suffit d'enlever l'obstruction avec une pince à iridectomie.

Il n'y a pas à se préoccuper du pus qui reste dans la chambre antérieure. Le renouvellement constant du liquide aqueux en détermine rapidement la disparition.

Je termine en exprimant l'espoir que mes confrères voudront bien donner au procédé que je préconise dans les cas où il est indiqué, un essai loyal, et je crois pouvoir leur assurer qu'ils n'assisteront à aucun désastre dans le traitement de cette affection si grave qu'est l'ulcère à hypopion.

DE L'IRITIS D'ORIGINE NASALE

Par le Docteur L.-C. BACHAND, Sherbrooke,

On peut affirmer aujourd'hui que toute iritis dérive d'une infection.

C'est ainsi que, à côté des deux grandes causes étiologiques de l'iritis, la syphilis et le rhumatisme, l'origine infectieuse peut avoir pour point de départ n'importe quel organe . l'utérus, l'urèthre, l'oreille moyenne etc.. Les toxines lancées dans le courant sanguin peuvent arriver à la rétine, à l'uvée, a l'iris, etc. et provoquer des rétinites, des uvéites et des iritis infectieuses.

L'Iritis dite idiopathique doit donc être rayée du cadre nosologique.

L'origine nasale a été longtemps méconnue. Son étude est le résultat des progrès acomplis en rhinologie dans ces dernières années. La première observation sur ce sujet, due à Ziem, ne remonte qu'à 1888. Ziem observa une iritis très douloureuse ayant résisté aux traitements ordinaires et qui guérit dès que l'on évacua une quantité de pus fétide de la cavité nasale. Cependant cette opinion n'a pas rallié tout d'abord beaucoup de partisans. Dans la discussion sur l'empyème du sinus maxillaire qui eut lieu en 1889 à la société de médecine de Vienne, dit Ziem, plusieurs auteurs ont même nié l'existence d'un rattachement positif du trouble nasal aux affections oculaires. Seul le professeur Koenigstein, de l'Université de Vienne, s'est déclaré en faveur de cette théorie.

Mais, tout de même, l'attention était attirée sur le sujet et des observations nouvelles sont venues prouver qu'il existe une

grande relation entre les maladies des fosses nasales et les maladies oculaires, montrant la nécessité pour l'oculiste d'être en même temps un rhinologiste.

Les observations d'iritis que j'ai faites sont dues à une rhinite purulente, à une sinusite maxillaire, à une déviation de la cloison nasale avec rétention de muco-pus dans la cavité, à l'empyème de l'antre d'Higmore, à une rhinite accompagnée de végétations adénoïdes, à une rhinite atrophique et enfin à un coriza caséeux.

Pathogénie

Si des lésions telles que les conjonctivites, abcès de la cornée, etc., ont une origine nasale parfaitement établie, et pour lesquelles le processus infectieux est facile à établir, il en est tout autrement pour d'autres affections telles que l'asthénopie, la névrite, le glaucôme etc., et en particulier l'iritis.

Cette étude pathogénique est représentée par les trois théories suivantes :

Théorie nerveuse.
Théorie vasculaire.
Théorie infectieuse.

I—Théorie Nerveuse ou Réflexe

Elle est défendue par Berger, et pour cet auteur, les troubles oculaires d'origine nasale sont la conséquence de l'état d'irritation des organes terminaux du trijumeau ; ils ne seraient en somme qu'une manifestation des nombreuses névroses ayant leur point de départ dans les fosses nasales et se produisent chez les sujets prédisposés, nerveux ou neurasthéniques. L'étude de ces névroses donne tout de suite la clef de certaines affections oculaires coexistant avec les lésions du nez. La théorie était ingénieuse, séduisante même ; elle eut donc de nombreux adeptes.

En cela il n'y a rien de surprenant si l'on songe, en effet, à la grande richesse nerveuse des muqueuses nasale et pharyngée, aux diverses névroses qui y prennent naissance et, d'autre part, aux anastomoses multiples qui unissent le système nerveux orbito-oculaire et à leur innervation en partie commune.

Comment alors démontrer l'enchaînement et la succession des faits pathologiques?

Hack place le point de départ du réflexe dans la turgescence du tissu érectile. Pour Frankel, il prend origine dans les terminaisons des nerfs sensitifs de la muqueuse. Berger assimile ces troubles oculaires à ceux qui se produisent dans la névralgie du trijumeau.

Selon Hack "l'engorgement du tissu caverneux des cornets amène une action vaso-dilatatrice reflexe". Pour expliquer, par exemple, la production du goître exophtalmique consécutivement à l'hypertrophie des cornets inférieur et moyen, il suppose que l'irritation des organes périphériques du sympathique, produite par le gonflement du tissu caverneux, détermine une vaso-dilatation. Pour lui, l'engorgement du tissu érectile des cornets est la condition sine qua non des symptômes réflexes dits secondaires.

Moldenhauer soutient les mêmes idées.

Mais bientôt on admit (au nombre de ceux-ci sont, Frankel, Schmaltz et Shaeffer) que le gonflement du tissu érectile n'était pas nécessaire pour provoquer un trouble réflexe oculaire et, comme le fait remarquer Berger, les affections des sinus, où il n'y a pas de tissu caverneux, peuvent produire les mêmes troubles oculaires réflexes que les maladies des fosses nasales. Donc, le point de départ de ces phénomènes était dans l'irritation des branches terminales du trijumeau dans la muqueuse.

Cette excitation peut se produire directemeet par un corps étranger (croutes, sécrétions desséchées dans la rhinite atrophi-

que) ou une tumeur mobile (petit polypes pédiculés en particulier) ; dans d'autres cas, elle est due à des poussières inertes ; enfin, cette irritation peut être provoquée par un processus inflammatoire dont la muqueuse est le siège. Sous l'influence de ces causes diverses, l'irritation d'un filet nasal du trijumeau se transmettra aux centres nerveux, et de là pourra réagir soit sur un autre filet du trijumeau, soit sur un nerf voisin, et produira dans le domaine de celui-ci, des troubles variés, excitation, parésie, paralysie, etc.. J'ajouterai que les accidents nerveux oculaires d'origine nasale suivent les lois des actes nerveux réflexes établis par Pfluger et Chauveau ; l'œil est toujours malade du même côté que la lésion nasale, (c'est la loi de l'unilatéralité), quelques fois l'autre oeil est pris lui aussi, (c'est la loi de symétrie), mais il l'est moins que le premier,(loi de l'intensité). Je cite encore ce que dit E. Berger lui-même : "Dans la névralgie du trijumeau, n[illegible] trouvons l'injection de la conjonctive, l'injection ciliaire, l'ir[illegible], des sensations douloureuses dans l'oeil, la photophobie, le larmoiement, l'amblyopie, le blépharospasme, etc..

De même, les troubles oculaires d'origine dentaire sont en partie des troubles réflexes produits par l'irritation des fibres du trijumeau et c'est ce qui arrive pour les troubles de l'accomodation, l'asténopie, l'amblyopie, le glaucôme, l'iritis, etc.. J'explîque par l'irritation des filets terminaux du trijumeau quelques troubles oculaires que l'on a conservés dans les affections du pharynx et des amygdales. L'identité de ces troubles réflexes est évidente, que la névralgie du trijumeau soit dentaire, nasale ou pharyngienne.

II—THÉORIE VASCULAIRE.

Elle est brillamment soutenue par Ziem. Elle est basée sur la turgescence des tissus caverneux et l'obstacle apportée aux

voies de la circulation de retour dans l'orbite et le globe oculaire. C'est par des troubles circulatoires que Ziem explique la pathogénie du champ visuel, de l'accomodation, de l'iritis, etc., dans les affections nasales ou des cavités adjacentes.

Dans une suppuration, une obstruction nasale, il se produira une fluxion ou plutôt une stase collatérale cheminant des vaisseaux hypérémiés du nez vers l'intérieur du globe oculaire; cela découle de nombreuses anastomoses qui relient les vaisseaux du nez à ceux de l'orbite et de l'oeil : vasa ethmoïdalia, vasa frontalia et infra frontalia, etc.. Ce refoulement sanguin vers les veines de l'orbite et du globe se fera d'autant plus facilement que les procès ciliaires sont formés d'un tissu érectile et bien dilatable. Il en résultera une tension exagérée dans l'intérieur de l'oeil et un trouble de la circulation rétinienne. Que la stase ne s'y compense pas, au moyen d'une circulation collatérale, comme on le voit dans les stases marquées d'autres parties du corps, ajoute Ziem, cela s'explique par ce fait que, avec l'obstruction nasale, la puissance aspiratrice des poumons se trouve très amoindrie, mais si on rétablit la respiration nasale, on augmentera par là même la force inspiratrice pulmonaire, on dégagera la circulation dans les vaisseaux de tout le corps et naturellement dans ceux du nez et de toutes les parties voisines (procès ciliaires, rétine). Ce qui revient à dire : supprimez le trouble nasal et vous verrez disparaître ou s'atténuer l'affection oculaire. C'est ainsi que je vois dans plusieurs des observations que je rapporte, l'iritis guérir dès que l'on a débarrassé le nez du pus et des mucosités qu'il contient. C'est aussi en vertu de sa théorie, que le même auteur condamne les badigeonnages du nez à la cocaïne comme moyen d'épreuve dans les névroses réflexes. Il a vu chez un malade ces badigeonnages répétés provoquer un accès aigu de glaucôme qu'il attribua à un brusque reflux sanguin vers l'oeil et à une congestion intense du corps ciliaire.

Les troubles oculaires réflexes observés dans les sinusites sont dus à l'épaississement de la muqueuse de ces sinus qui entrave la circulation sanguine, dans le voisinage, dans l'orbite et l'intérieur du globe oculaire.

III—Théorie Infectieuse

Une troisième théorie admise aussi par Ziem et qui répond, je le crois, à la plus grande partie des cas, est bien cette théorie infectieuse.

C'est par les voies sanguine et lymphatique que se propage l'infection. La communication, largement établie, entre les veines ophtalmiques et les veines du nez, est, en effet, une voie toute tracée pour le transport des germes des cavités nasales à l'oeil.

Dans l'état actuel de la science, la théorie infectieuse donne l'explication qui satisfait le mieux l'esprit. Rien de plus naturel, en effet, que le microbe, devenu tout-à coup plus virulent, envahisse le torrent circulatoire et détermine ainsi des accidents infectieux à distance. Cependant, selon Fromaget, il est invraisemblable "que les pneumocoques, les streptocoques ou autres qu'on trouve dans les empyèmes suivent les voies indiquées, car ils détermineraient plus qu'une vulgaire iritis : on verrait éclater une panophtalmie, ce qui n'a pas lieu."

Il paraît donc méconnaître les affections atténuées dont la clinique nous donne à chaque instant des exemples. Pour moi il est impossible de nier la nature infectieuse d'une lésion parce qu'elle est bénigne.

Lefrançois admet que, dans certains cas, la lésion nasale n'agit, peut-être, que d'une façon secondaire en localisant, dans son voisinage et en partie à l'oeil, un germe parti d'un autre organe. C'est, en somme, une combinaison de la théorie vasculaire et de la théorie infectieuse. Il est possible que toutes ces théories soient

applicables suivant les cas, mais cependant au point de vue de l'iritis causée par une lésion nasale, je me déclare partisan convaincu de la théorie infectieuse.

Symptomatologie et Traitement :

Les symptômes de l'iritis d'origine nasale sont ceux de l'iritis en général et aucun signe spécial ne saurait la distinguer et la faire reconnaître. On remarque donc, comme dans toute iritis, de l'injection périkératique plus ou moins intense ; la couleur de l'iris est modifiée par le manque de limpidité de l'humeur aqueuse et les altérations de son tissu propre. La pupille est, en général, rétrécie et immobile ; enfin il peut exister des dépôts plus ou moins nombreux sur la membrane de Descemet.

Au point de vue fonctionnel, il y a de la douleur oculaire et périorbiculaire simulant une névralgie du trijumeau. Ce signe est peut-être plus manifeste dans l'iritis d'origine nasale que dans les autres cas.

Le photophobie et le larmoiement sont, en général, variables et en rapport avec l'intensité des douleurs.

Les troubles visuels varient aussi beaucoup ; ils dépendent de troubles de la cornée, de l'humeur aqueuse, de la cristalloide antérieure, etc. .

En plus du traitement local qui consistera en instillations d'atropine, compresses chaudes, onctions sur le front de pommade belladonnée, etc., le traitement nasal sera de la plus haute importance, et à ce point de vue, on peut dire que la thérapeutique oculaire a bénéficié des progrès accomplis en rhinologie. On a vu des iritis traînantes, récidivant tant qu'on appliquait seulement le traitement local, guérir au contraire très rapidement dès qu'on soignait la lésion causale du nez : " Il a suffi de faire cesser, par un traitement approprié, les troubles réflexes ou circulatoires causés par l'obstruction nasale, dit le Dr. Lefran-

çois, pour que les agents infectieux, ne trouvant plus dans l'oeil un milieu favorable, s'éliminent et que la guérison se produise."

Je remarque que l'iritis nasale disparaît avec une assez grande rapidité, lorsqu'on joint au traitement local, le traitement de la lésion nasale, et qu'elle laisse peu ou point de synéchies. Ce qui prouve son peu de plasticité. Cependant il est des cas où l'occlusion pupillaire est plus ou moins complète et une iridectomie devient nécessaire.

OBSERVATIONS

En 1899, une dame irlandaise, qui avait été traitée pendant plusieurs mois par des médecins non-oculistes, se présenta chez le Dr Herman Knapp de New York, avec une iritis récidivante de l'oeil. Jusque là le processus morbide n'avait pu être enrayé, car la douleur persistait, de même que l'injection ciliaire, et l'endolorissement de l'oeil droit lors du travail oculaire. L'acuité visuelle était descendue à ½ et le champ visuel était de beaucoup rétréci. La rhinoscopie ayant fait reconnaître un rétrecissement considérable de la cavité nasale, le lavage à la pompe foulante donna issue à une légère quantité de muco-pus. Vu qu'elle se plaignait de douleur dans la région du sinus d'Higmore et que cette partie paraissait douloureuse, le docteur y pratiqua une ponction exploratrice du sinus maxillaire droit et un lavage, au moyen de la pompe foulante, en fit sortir du pus jaunâtre. Tous les jours suivants ces lavages furent pratiqués, et dès les premiers jours je constatai un mieux sensible et l'acuité visuelle redevint normale.

Deuxième observation ;

Cette deuxième en est encore une que j'ai faite chez le Dr. Knapp. Cette fois, c'était une iritis de cause nasale. Il y avait une obstruction presque totale de la cloison déformée. L'ablation de la saillie fut pratiquée le jour même, et cette opé-

ration fut suivie du rétablissement du passage de l'air et d'une amélioration de l'acuité visuelle ; le patient put reprendre son travail dans une dizaine de jours.

Troisième observation.

Cette troisième est du Dr Roosa, président du Post Graduate Medical School de New-York. Un individu atteint d'une iritis droite depuis trois mois se présenta, le docteur constata une odeur fétide qui venait des fosses nasales et son traitement se porta vers cet endroit. La guérison ne se fit pas longtemps attendre, elle eut lieu en moins d'une semaine.

Quatrième observation :

Cette observation est de Edward S. Peck, professeur d'ophtalmologie au Postgraduate. Un patient se présente avec une joue enflée, un écoulement nasal et en même temps une iritis de l'œil droit. Le docteur fait enlever une vieille racine d'une molaire supérieure et percer l'alvéole d'où sort un pus épais et fétide, l'iritis disparaît en deux jours sans traitement approprié.

Cinquième observation :

Un garçon de 22 ans, fort et bien constitué, se présente à la clinique de St-André des Arts, avec un œil droit rouge, larmoyant, sensible à lumière ; humeur aqueuse troublée, pupille resserrée, il y a un piqueté grisâtre sur la membrane de Descemet. Quinze jours après l'oeil gauche devient malade à son tour, mais ici l'affection prend d'emblée les allures d'une iridochoroïdite : l'injection perikératique est très vive ; la pupille, retenue par de nombreuses synéchies, qui résistent à l'atropine, échappe bientôt à l'examen à cause d'un épais dépôt sur la membrane de Descemet. Du côté nasal on remarquait une rhinite atrophique de longue existence, atrophie

des cornets, dilatation des cavités et une odeur repoussante. L'examen microscopique a fait voir le bacille Cocco de Lowenberg, coccus allongé disposé généralement en diplocoque et entouré d'une capsule. Le traitement a été celui du nez par les lavages au bichlorure de mercure, répétés trois fois par jour, celui des yeux par un lavage boriqué, l'atropine, à l'intérieur en injections de biiodure. Le malade n'était pas parfaitement guéri à mon départ mais se portait mieux.

Septième observation :

Une femme de cinquante cinq ans se présente avec une iritis double, un coriza chronique, des cornets inférieurs très hypertrophiés et une déviation du septum ; l'examen au microscope fait voir des staphylocoques et quelques petits diplocoques. Le traitement est dirigé surtout vers les lésions nasales et une guérison complète est obtenue en moins de quinze jours.

Huitième observation :

Ce cas en est un d'iritis accompagnée d'ozène, d'atrophie complète des cornets inférieurs, avec l'aspect parcheminé et décoloré de la muqueuse, sur laquelle on trouve quantité de cocco bacilles de Lowenberg, à l'état presque pur. Ici, comme dans les cas précédents, le traitement a été dirigé contre les troubles naseaux.

Neuvième observation :

Celle-ci m'est personnelle. Peu de temps après mon retour d'Europe, un jeune homme des Etats-Unis m'arriva avec son père, souffrant à l'oeil gauche d'une iritis plastique ; l'acuité visuelle avait diminué de moitié, les synéchies postérieures étaient nombreuses, la pupille resserrée et l'humeur aqueuse un peu troublée. L'oeil gauche portait les traces d'une vieille iritis, et avait perdu toute son acuité visuelle, l'oeil paraissait perdu. Le malade souffrait en outre d'une rhinite atrophique des plus pro-

noncées. J'ai traité le malade pendant deux-septénaires et je l'ai laissé retourner chez lui en bonne voie de guérison. [illegible] traitement a été celui de la rhinite et de l'iritis combinés. [illegible] gauche s'est amélioré beaucoup.

Dixième observation :

Une fillette de quinze ans m'est amenée par sa mère et présente les symptômes suivants : antécédents héréditaires nuls. Il y avait eu, il y a six ans, une poussée inflammatoire à l'iris et une autre encore il y a trois ans qui se terminèrent assez heureusement après une durée de quatre à cinq semaines. Enfin, au mois de novembre dernier, elle m'arriva et je l'examinai ; je constatai une iritis séreuse avec des synéchies nombreuses. La vision était réduite à une demie. Du côté de l'oreille une suppuration chronique et du côté du nez un écoulement abondant de muco-pus. Après force questions, la malade m'apprend qu'il y a sept ou huit ans elle s'est introduite un petit bouton dans le nez ; on fit alors des tentatives pour l'extraire, mais elle ne se rappelait pas qu'on l'eut extrait. J'examinai la malade avec soin, je finis par découvrir le fameux bouton et j'en fis l'extraction, à sa surprise. Je traitai les fosses nasales et les oreilles et en quelques jours l'iritis disparut pour ne plus revenir. Il me semble incontestable que la cause de l'iritis a été la lésion locale du nez. Je crois que dans ce cas la théorie reflexe, assez séduisante de prime abord, n'est pas la vraie ; la cause est de nature infectieuse : si elle est moins facile à saisir pour l'œil, elle est évidente pour l'affection de l'oreille. L'infection s'est faite par propagation au naso-pharynx, aux trompes d'Eustache et enfin à l'oreille moyenne.

Conclusions :

I.—Les causes étiologiques de l'iritis sont nombreuses et l'iritis dite idiopathique tend de plus en plus à disparaitre du câdre nosologique.

2.—L'origine infectieuse de l'iritis est demontrée par l'existence de faits nombreux et indiscutables.

3.—L'origine nasale est démontrée : (a) par l'absence des causes généralement invoquées dans la productions de l'iritis ; (b) par coïncidence du début de l'iritis avec la poussée inflammatoire nasale ; (c) par l'influence du traitement où la disparition rapide des accidents oculaires coïncide avec l'amélioration de l'affection nasale.

4.—L'étude pathogénique de cette affection est représentée par trois théories : (a) La théorie nerveuse qui atttibue les troubles oculaires à un état d'irritation des branches terminales du trijumeau dans la muqueuse nasale. (b) La théorie vasculaire, basée sur la turgescence des tissus érectiles des cornets et l'obstacle mécanique apporté à la circulation de retour du sang venant du globe oculaire. (c) La théorie infectieuse qui admet la progation de l'infection nasale à l'iris par les voies sanguine et lympathique. *C'est cette dernière* théorie, basée sur des observations récentes, qui satisfait le mieux l'esprit.

5.—Les symptômes de l'iritis d'origine nasale sont ceux de l'iritis en général.

6.—Le pronostic est benin sauf les cas anciens où l'occlusion pupillaire nécessite une intervention chirurgicale.

Le traitement consistera à calmer les douleurs, éviter les synéchies du côté de l'œil et surtout à traiter l'affection nasale primitive.



TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA KERATITE EN BANDELETTE

Par RODOLPHE BOULET

Médecin en chef de la Clinique d'Ophtalmologie, de Rhinologie et d'Otologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La Kératite en bandelette est une forme spéciale de kératite caractérisée par la présence sur la cornée d'une bandelette plus ou moins étroite et rouge, formée d'une infiltration sous-épithéliale accompagnée de petits vaisseaux nombreux et ténus qui partent du bord cornéen et qui s'étendent à une certaine distance sur la cornée. L'extrémité de la bandelette est constituée par un relief de tissu opacifié proéminent sur le reste de la surface.

Cette bandelette vasculaire peut s'étendre jusqu'au centre et même au delà de la cornée. Ce qui distingue essentiellement la forme de kératite en bandelette c'est que la vascularisation reste très circonscrite, en bande étroite, et que le gonflement de l'infiltration de cette kératite, faisant sensiblement relief, la différencie des autres formes d'infiltrations cornéennes.

Cette kératite en bandelette fait partie du groupe de kératites dites superficielles. Au début, la cornée s'infiltre et devient opalescente en certains points de sa périphérie. Cela tient à la pénétration de cellules migratrices qui envahissent les couches profondes de l'épithélium, tout en respectant habituellement la membrane de Bowman.

A une période plus avancée, des globules rouges apparais-

sent, forment des courants anastomosés qui se disposent tout d'abord sur deux plans de parois propres.

Le sang circule du centre à la périphérie dans le réseau superciel, et en sens inverse dans le réseau profond.

Les parois, une fois constituées, gagnent sans cesse en épaisseur et deviennent scléreuses, au point de rétrécir la lumière des vaisseaux.

Dans la période ultime, les cellules migratrices se transforment en tissu conjonctif nouveau, pendant que l'épithélium s'hyperplasie e. se kératinise.

A mesure que ce travail se prolonge, la membrane de Bowman disparait et le parenchyme lui-même, vascularisé, participe à la sclérose. A ce degré, il reste un peu d'espoir de le voir recouvrer sa transparence parfaite, les vaisseaux disparaissent graduellement et il ne reste qu'une opacité très accentuée et proéminente qui correspond à la forme allongée de la bandelette vasculaire.

Cette opacité ne s'éclaircit jamais et permet de reconnaître suivant quelle direction s'est étendue la bandelette inflammatoire.

Au point de vue étiologique de la kératite en bandelette il sera bon de se rappeler que, selon son développement embryogé nique, on distingue trois couches à la cornée : une cutanée, une scléreuse et une couche chiroïdienne. Dant les diathèses qui tendent à se localiser de préférence dans le système cutané, nous voyons la portion cutanée surtout atteinte, c'est-à-dire le revêtement conjonctival de la cornée. Or, la kératite en bandelette étant une affection essentiellement superficielle, tenant au revêtement cutané de la cornée, il faut rechercher, pour l'étiologie de cette maladie, les affections portant atteinte de préférence au système cutané. Les enfants qui échappent si rarement aux éruptions cutanées dues pour la plupart à un dérangement du tube di-

gestif seront donc les sujets privilégiés de la kératite en bandelette.

Pour résumer cet aperçu sur l'anatomie pathologique de la kératite en bandelette, que l'intelligence du sujet avait rendu nécessaire, disons que la kératite en bandelette est une kératite superficielle, qu'elle reconnaît le plus souvent pour cause les maladies du système cutané, qu'elle n'a point de tendance à la guérison rapide, qu'elle laisse toujours après elle des traces profondes de son passage et qu'elle affecte le plus souvent les enfants.

Abordons maintenant le point principal qui est la raison d'être de cette communication, c'est-à-dire le traitement de la kératite en bandelette.

Traitement.—Jusqu'à présent le traitement local de la kératite en bandelette a été le traitement médical ordinaire de toute kératite superficielle : atropine ou pilocarpine, compresses chaudes antiseptiques, pommades à l'oxyde d'hydrargyre, calomel, etc. .

Fatigué de la lenteur désespérante de cette médication et ayant eu l'idée de nous adresser à la chirurgie nous avons soumis systématiquement au *traitement chirurgical* tout malade atteint de kératite en bandelette. Le résultat nous a paru absolument étonnant. Cette affection qui, pour guérir en laissant des traces indélébiles de sclérose, prenait de deux à trois mois, était, en une quinzaine de jours, terminée en laissant sur la cornée des traces beaucoup moins profondes qui finissaient souvent, avec le temps, par disparaître presque complètement.

Le mode opératoire consiste à pratiquer une *abrasion conjonctivale* partielle pour couper la route aux vaisseaux qui se rendent de la conjonctive sur la cornée et d'exécuter avec un scarificateur le *râclage* complet des vaisseaux formés sur la cornée, de façon à mettre à nu la trame même de la cornée. Il

faut avoir soin de poursuivre la destruction des vaisseaux avec le scarificateur jusque sur le bord sclérotical inclusivement.

Par cette intervention, nous tranformons la kératite en bandelette, lente à accomplir son cycle pathologique, en une plaie ordinaire de la cornée qui guérira facilement par des pansements occlusifs répétés chaque jour ou tous les deux jours.

Ce procédé chirurgical n'a rien de neuf et nous n'en réclamons pas la paternité, si ce n'est cependant peut-être dans son application au traitement de la kératite en bandelette.

Ce que nous recherchons, c'est de bien mettre en lumière son efficacité et d'engager nos confrères à rejeter entièrement le traitement médical ordinaire qui fait perdre un temps précieux pour avoir recours, sans retard et chaque fois que l'occasion se présente, à ce traitement chirurgical infiniment supérieur quant à la durée de l'affection et du recouvrement ad integrum de la transparence de la cornée.

D'ailleurs, il suffit de songer au mode naturel de terminaison de la kératite en bandelette, laissée à ses propres ressources de cicatrisation, pour se rendre, il nous semble, bien compte de la longue durée de l'affection et de l'intensité de l'opacité qu'elle entraine à sa suite; car enfin les aisseanx de nouvelle formation, en s'organisant et plus tard en se sclérosant, laissent sur la cornée une plus grande abondance de tissu cicatriciel, lequel étant nécessairement opaque fait tache sur le reste de la cornée transparente. Il n'en est pas ainsi si, par le râclage, on a supprimé ces nouveaux vaisseaux auxquels on a substitué une plaie simple qui n'a plus besoin que de se kératiniser pour se refermer.

Parmi les nombreux cas traités, nous n'en citerons que quatre pour lesquels la méthode nous a donné des résultats tout à fait nets.

Observation I.—J. M., âgé de 8 ans, aucune histoire pathologique spéciale, atteint de kératite en bandelette depuis deux

mois et soigné par les moyens médicaux ordinaires sous la surveillance d'un ophtalmologiste. Le petit malade est amené à mon cabinet de consultation par le médecin de famille qui, comme celle-ci, trouve que la guérison se fait par trop attendre. Je propose d'endormir l'enfant et de l'opérer ; ce qui est accepté, et le lendemain matin, sous chloroforme, je fait une abrasion partielle de la conjonctive suivie d'un râclage, avec un scarificateur, de la bandelette vasculaire. Un pansement occlusif est appliqué et renouvelé chaque jour.

Dix jours après le bandeau était abandonné et l'oeil guéri.

Le malade, qui a été revu trois mois plus tard, ne conservait qu'une faible trace de son ancienne kératite en bandelette.

Le confrère, satisfait de ce premier résultat, m'adresse un second malade qui fait le sujet de l'observation suivante.

OBSERVATION II.—H. L., filette de 10 ans, convalescente d'une fièvre scarlatine des plus graves, est atteinte de suppuration des deux oreilles et d'une kératite en bandelette de l'oeil gauche ; en plus son pharynx nasal est rempli de végétations adénoïdes.

Père et mère en bonne santé. Aucune tare familiale à rapporter.

L'ablation des végétations adénoïdes et le curettage de l'œil sont exécutés dans la même séance. L'œil est mis sous bandeau. Au bout de seize jours le bandeau est enlevé et la kératite en bandelette est guérie.

OBSERVATION III.—A. D. qui est âgé de 12 ans, se présente à moi pour la première fois le 18 mars dernier. Père et mère en bonne santé.

Début de la maladie : A l'âge de cinq ans il contracte au printemps la rougeole et, dans le cours de la convalescence, l'œil droit est pris d'hyperhémie avec accompagnement de larmoiement et de photophobie très intense. L'affection récidive

chaque printemps pour durer jusqu'à l'automne. Pendant sept années consécutives le traitement médical ordinaire a été institué sans résultat appréciable.

Etat actuel : O. D. Présence d'une infiltration cornéenne sous épithétiale de forme pyramidale et accompagnée de petits vaisseaux ténus et nombreux. Hyperhémie conjonctivale, douleur, larmoiement et photophobie. Donc kératite en bandelette.

*Traitement :*Pendant 15 jours le traitement médical, local et général, est institué. Aucune amélioration.

Le 5 avril, abrasion conjonctivale partielle et râclage de la bandelette vasculaire, sous chloroforme. Pansement occlusif avec pommade d'iodoforme.

Le 8 avril, amélioration perceptible.

Le 11 avril, l'amélioration continue. Suppression du bandeau.

Le 25 avril : guérison avec petit leucôme transparent.

Observation IV.—M. R., âgée de 10 ans. Mère morte de tuberculose, père en bonne santé. Rien de particulier dans les antécédents de l'enfant. Entre à l'Hotel-Dieu le 15 février 1901 souffrant de kératite en bandelette des deux yeux. Le traitement médical ordinaire est prescrit : compresses chaudes d'une solution d'acide borique, atropine, toniques à l'intérieur. Le 13 mai l'enfant retourne chez elle améliorée mais non guérie.

Le 14 avril 1902, M. R., revient à l'hôpital atteinte, tout comme l'année précédente, de kératite en bandelette des deux yeux.

Le 18 avril l'oeil gauche est opéré et le 25 cet oeil est assez amélioré pour permettre d'enlever le bandeau.

L'oil droit est à son tour soumis au traitement chirurgical.

Le 5 mai l'enfant laisse l'hôpital parfaitement guérie.

Sur le même sujet, le traitement chirurgical donnait en quinze jours le résultat qu'un traitement médical, continué pendant trois mois l'année précédente, avait en vain laissé espérer

DE L'ADRÉNALINE EN OCULISTIQUE ET RHINOLOGIE

Par le docteur N. A. DUSSAULT, Québec.

Loin de moi l'intention de vous présenter un travail d'une grand originalité. C'est un résumé de quelques observations recueillies à mon bureau et qui ont pour tout mérite, l'actualité. En effet, l'adrénaline est un médicament de découverte récente et réellement une précieuse acquisition pour la spécialité. Depuis longtemps, plusieurs expérimentateurs ont tenté d'isoler le principe actif de la glande supra-rénale mais sans résultat positif. D'abord, l'extrait aqueux de la glande a été employé avec assez de succès, mais comme tous ces produits sont de conservation difficile les résultats ont été presque nuls au point de vue pratique. L'extrait, stérilisé avec beaucoup de soins, se conserve assez longtemps, mais du moment que le produit est exposé à l'air, il entre facilement en décomposition.

Pour rendre à chacun son mérite, disons de suite qu'au Dr TaKamine, de New-York, revient l'honneur d'avoir doté la spécialité d'un médicament qui a déjà rendu de grands services et qui est appelé à jouer un rôle important dans les maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge. J'aurais aimé pouvoir vous donner les résultats des expériences de ce monsieur, mais je n'ai pu me résoudre à commettre l'indiscrétion de lui demander son mode opératoire. Qu'il me suffise de vous dire que l'adrénaline est le principe actif de la glande supra-rénale, possédant toutes ses propriétés thérapeutiques, ayant en plus une action physiologique plus intense, et cela par sa forme plus con-

centrée. Citons l'auteur lui-même: "C'est, dit-il, une solution blanche, microcrystalline, se présentant sous cinq formes différentes de cristaux possibles de transformation par la méthode de cristallisation."

Sa saveur est un peu amère et laisse sur la langue une sensation de froid au point appliqué. Difficilement soluble dans les acides et les alcalis. Passons à l'action physiologique qui intéresse surtout le praticien. Elle est toute puissante. Une goutte d'une solution à 1 p. 10,000 blanchit la conjonctive normale en 30 secondes. C'est de plus un des plus puissants astringents et hémostatiques connus, en application locale. Les applications thérapeutiques de l'adrénaline sont très nombreuses et l'expérimentateur trouve tous les jours de nouvelles occasions de l'employer. En instillation dans l'oeil, il ne se produit ni dilatation ni contraction de la pupille.

La seule sensation éprouvée par le malade, en est une de cuisson légère, qui disparait après quelques secondes, pour être remplacée par une sensation des plus agréables. Dans toutes les affections oculaires de nature traumatique, infectieuse ou constitutionnelle, je n'ai eu qu'à me réjouir de son emploi. Il n'est pas irritant et tout-à-fait inoffensif. Son utilité comme collyre dans les iritis séreuses très douloureuses a été démontrée par plusieurs, ainsi que dans les opérations de glaucôme.

Dodds, de Chicago, rapporte un cas de glaucôme aigu où l'opération aurait été impossible sans l'usage de l'adrénaline.

Il serait possible de multiplier les bons effets de l'adrénaline en thérapeutique oculaire. En effet, depuis la découverte de la cocaïne, l'ophtalmologie n'a pas eu de médicament plus utile.

Ses bons effets ne sont pas moins importants en Rhinologie. Son application locale sur les cornets du nez est efficace en ce sens qu'elle en diminue l'hypertrophie et permet au médecin

d'examiner les fosses nasales dans toute leur étendue et même le rhino-pharynix. Précieux avantage, surtout chez les enfants, où la rhinoscopie postérieure est presque impossible à pratiquer. Dans la chirurgie nasale, resection d'éperons de la cloison, enlèvement de queues de cornet, polypes muqueux, l'hémorragie est presque nulle. Là surtout le spécialiste est grandement soulagé d'hémorragies qui gênent le champ opératoire si limité dans cette region.

Voici quelques observations personnelles, qui sont de nature à démontrer l'efficacité de l'adrénaline.

Dans les conjonctivites aigues, le résultat est magnifique. Un monsieur vient vous consulter pour un oeil très rouge, douloureux et secrétant beaucoup. Il lui est impossible de vaquer à ses affaires et il exige de vous un prompt soulagement. Séance tenante vous lui faites une instillation de deux gouttes d'adrénaline à 1 p. 1.000 et en moins de 60 secondes vous lui transformez cet oeil enflammé en un oeil absolument blanc.

Grand progrès n'est-ce pas sur les solutions employées autrefois, telles que sulfate de zinc, nitrate d'argent, etc. . Vous avouerez que vous avez en ce client un ami qui saura vous faire une réclame avantageuse. Il faut avoir soin cependant d'avertir votre malade que l'effet produit ne durera que trois ou quatre heures, et qu'il lui sera nécessaire de renouveler l'application, trois ou quatre fois par jour, pour obtenir une guérison radicale. Dernièrement je fus appelé auprès d'une jeune fille souffrant d'une conjonctivite aigue, avec secrétion muco-purulente. Comme je le fais habituellement, je lui appliquai sur la conjonctive palpébrale une solution de nitrate d'argent et à mon grand désappointement, je n'obtins aucune amélioration. Au contraire l'oeil était plus douloureux que la veille. Alors j'eus recours à l'adrénaline et après trois jours d'instillations de la solution de 1 p. 1.000, 2 gouttes trois fois par jour, la petite mala-

de 'tait parfaitement guérie. L'amélioration a été sensible à partir de la première application. Voilà pour les conjonctivites.

Dans un cas de trachôme avec pannus, j'ai obtenu une retraction des granulations simulant une véritable atrophie. Cette atrophie persistant plusieurs heures et le frottement sur la cornée étant presque nul, il s'est produit une grande amélioration du pannus. Ce n'est pas un mince avantage. En effet, la cornée étant en repos, la réparation s'est faite rapidement et la malade a laissé l'hôpital avec une acuité visuelle presque normale. Dans deux cas de kératite vasculaire nécessitant la péritomie, la section de la conjonctive a pu être pratiquée sans une goutte de sang. Je puis en dire autant des chalazions qui s'enlèvent sans hémorragie appréciable. Dans les opérations de strabisme la ténotomie et l'avancement musculaire se font pratiquement sans écoulement de sang. Dans le glaucôme, l'adrénaline agit ordinairement sur la tension intra-oculaire et permet de faire l'iridectomie. C'est là une affection dans laquelle l'action vaso-constrictrice de l'adrénaline montre son efficacité.

Je termine ces notes de thérapeutique oculaire par deux observations intéressantes au point de vue du pouvoir astringent et hémostatique de l'adrénaline.

1ère observation :—M. B., 20 ans, souffre d'une conjonctivite aiguë, avec chémosis très prononcé amenant une occlusion complète des paupières. Le bourrelet chémotique recouvre la cornée presque totalement, impossible de faire l'examen de l'oeil. Je lui fais une instillation de deux gouttes d'adrénaline 1 p. 1,000 et en quelques secondes l'inflammation était tellement réduite qu'il me fut très facile de diagnotiquer un abcès de la paupière avec la cornée absolument normale. Ceci se passait vers deux heures de l'après-midi. Le soir vers huit heures je renouvellai l'application et le lendemain matin mon malade se sentait

beaucoup mieux. Il pouvait ouvrir l'œil facilement et surtout sa vue était très améliorée. Le même traitement fut continué les jours suivants avec succès. Notez bien que ce malade venait de la campagne souffrant de son œil depuis trois semaines.

2e observation :—M. P., ouvrier maçon, reçoit une petite pierre sur l'œil droit, causant une perforation de la cornée, avec hernie de l'iris. La chambre antérieure est remplie de sang. Je ne trouve rien de mieux à faire qu'un pansement occlusif avec instillation de deux gouttes d'adrénaline. Confiant dans le pouvoir hémostatique de l'adrénaline, j'espérais par ce moyen amener la disparition de l'épanchement sanguin. Le malade passe une nuit excellente. Le lendemain matin le pansement est enlevé et je constate la disparition complète de l'épanchement. Ayant quelques doutes sur l'efficacité de l'adrenaline, je lui fais cette fois le pansement absolument sec. Il a été pris de douleurs dans la nuit et l'hémorragie s'est reproduite. Je recommencai mon premier traitement avec le même résultat : pas de douleurs ni d'épanchement dans la chambre antérieure. Ce n'est pas là, je crois, une simple coïncidence et il faut reconnaître à l'adrénaline une puissance hémostatique supérieure.

Passons maintenant à son usage dens la chirurgie et dans le traitement des affections nasales.

Pour les éperons de la cloison c'est une découverte très précieuse. En effet l'hémorragie qui accompagne la résection des déviations de la cloison est des plus ennuyeuses et cela parce que le champ opératoire est très limité. Même avantage pour les polypes des fosses nasales. Dans l'épistaxis c'est un médicament merveilleux. Plusieurs cas, traités par ce moyen, ont réussi à merveille. Une jeune fille, véritable hémophilique, a vu ses hémorragies cesser depuis plusieurs mois. On vante beaucoup ses bons résultats, dans la fièvre de foin. Je me range volontiers a cette opinion.

Je pourrais vous donner plusieurs autres observations pour vous prouver que l'adrénaline joue un rôle important en Oculistique et Rhinologie. Pour moi c'est un médicament des plus précieux et que tout médecin devrait avoir en sa possession. Nous pouvons résumer ses principales qualités comme suit : astringent et hémostatique d'une grande puiseance, d'une activité physiologique supérieure et le plus puissant des vaso constricteurs.

Voici ce qu'en dit Marcel Lermoyez de Paris, dans le dernier numéro de la "Presse Médicale": " Lorsque, sur une surface absorbante, telle que la muqueuse complaisante du nez, on fait un badigeonnage avec une solution très faible d'adrénaline (1 pour 2000) aucune impression bonne ou mauvaise n'est ressentie. Cependant, presque immédiatement, la muqueuse blanchit, se rétracte et disparait ; l'os s'est comme dépouillé pour se montrer à nu. Cinq minutes après cet attouchement, il est possible de tailler la cloison, de rogner les cornets, sans que du sang coule de ce nez, où tout à l'heure : l'introduction brusque d'un doigt eut suffi à produire une épistaxis. Et pendant une demi-heure, et plus on peut faire, à blanc, de la médecine opératoire dans les fosses nasales."



DES INJECTIONS INTRA-TRACHÉALES DANS LES AFFECTIONS TRACHÉO-BRONCHIQUES ET PULMONAIRES

Par le Dr L. N. J. FISET, Québec.

L'idéal de la thérapeutique trachéo-bronchique et pulmonaire serait d'un seul coup atteint si, franchissant les obstacles qui ont paru jusqu'ici insurmontables à cause de la profondeur, de la difficulté d'accès et de l'immense arborisation du réseau bronchique, nous pouvions traiter certaines de leurs affections comme on traiterait, par exemple, une surface externe enflammée et suppurante.

La chirurgie ici a le succès facile. Protéger cette surface, l'isoler des contacts irritants, l'aseptiser : voilà toute la thérapeutique. Et il faut voir à quels pas de géant la chirurgie marche avec de telles armes ; tandis que nous rampons en médecine à travers un fouillis de moyens plus ou moins efficaces, n'agissant presque tous qu'indirectement et par chemins détournés sur la lésion, alors qu'il faudrait, pour ainsi dire, aller toucher le mal du doigt.

Les thérapeutes ont vite compris cette nécessité, et l'on inventa l'inhalation.

Théoriquement c'est l'idéal cherché. L'air chargé de principes volatils devait aseptiser les bronches infectées ; par sa chaleur et son humidité et par le pouvoir antiseptique des produits entraînés il devait produire sur leurs surfaces un état de turgescence inflammatoire, une déplétion, une sédation de l'organe.

La toux devait fuir devant l'inhalation, et les mucosités purulentes se dissoudre à son contact.

Erreur profonde, que bien des faits cliniques nous ont trop souvent cruellement démontrée.

Et pourquoi en serait-il autrement ? L'inhalation, par son mode spécial de production, ne peut se composer que de corps volatils, le plus souvent doués d'une odeur vive et pénétrante, rendus plus subtils encore par le degré de chaleur auquel on les soumet. La muqueuse respiratoire s'en fatigue vite ; souvent même nous voyons la toux, que l'inhalation devait calmer, augmenter d'intensité sous son influence. Et puis, peut-on prendre en sérieuse considération l'infime couche protectrice ou antiseptique dont elle est censée recouvrir la muqueuse, couche souvent balayée en un instant par le flux sécrétoire avant qu'elle ait pu l'atteindre.

Les pulvérisations, si utiles au-dessus de l'isthme de la glotte, ne sauraient, dans la thérapeutique des voies inférieures, être prises au sérieux. Si parfaite qu[illegible] l'atomisation des liquides, un malencontreux spasme des cordes vocales vient toujours leur fermer l'entrée des bronches au moment opportun. Et que de difficultés dans l'exécution d'une pulvérisation qui pourrait être efficace !

Vous me permettrez de remettre de suite en lumière un troisième procédé infiniment plus puissant et plus direct, je dirai presque chirurgical ; et s'il n'est pas encore le *nec plus ultra* de la thérapeutique de certaines affections des bronches et des poumons, il n'en est pas moins appelé à rendre, à l'avenir, de précieux services ; je veux parler des injections liquides intra-trachéales abondantes.

Quatre années d'observation attentive sur ce mode de traitement et l'étude de cas aussi variés que nombreux, traités par ce procédé, m'ont permis d'apprécier les éclatants services que peut rendre ce traitement spécial, et ont fait disparaître chez

moi la crainte qu'un procédé, en apparence si hasardeux, avait pu faire naître au début.

J'ai voulu faire de mes travaux sur ce point l'objet de cette présente communication,

Je vous l'avoue, messieurs, l'idée n'est pas nouvelle, et je le regrette beaucoup pour Malassez, de l'Institut Pasteur de Paris. Dans une retentissante communication, faite il y a un an à peine à l'Académie de Médecine de Paris, Malassez usurpait, peut-être sans y penser, à la jeune Amérique, l'honneur de l'introduction de ce précieux moyen dans la thérapeutique médicale. Les feuilles quotidiennes saisirent la chose à la volée ; le sujet leur paraissait tout palpitant d'intérêt puisque cet éminent praticien faisait déjà miroiter aux yeux du monde, dans sa communication, la cure, devenue très facile, de la phtisie pulmonaire. Aussi importe-t-il de rétablir en quelques mots la vérité historique et de revendiquer pour le nouveau monde l'introduction dans la médecine des injections intra-trachéales. *Cuique suum.* A chacun le sien.

Déjà, en 1838, un médecin newyorkais réussissait à insinuer dans la trachée, avec une témérité toute américaine, de fortes solutions de nitrate d'argent et en obtenait de vrais succès.

Quelques années plus tard, reconnaissant son erreur d'avoir employé des substances aussi dangereuses, il reprenait ses travaux et présentait à l'Academie de médecine de New York une communication importante, la première sur ce sujet, accompagnée d'une statistique de plus de 106 cas dont 70 de tuberculose. Sur ce nombre total, plus de la moitié, après un traitement de durée variable, furent congédiés comme apparemment guéris ; tous les autres cas, 7 exceptés, furent améliorés plus ou moins, et pas un seul ne subit d'aggravation due à cette médication hardie.

Et pourtant, quelle technique imparfaite !on ne connaissait pas encore la laryngoscopie et, pour faciliter les manipulations, on ne possédait pas encore la précieuse cocaïne.

Malgré l'imperfection forcée de ce traitement, n'est-il pas intéressant de noter que cette statistique encourageante se rapproche d'une manière étonnante de celle de Malassez publiée récemment. Mais les beaux résultats obtenus et la sanction de l'Académie de médecine, qui avait été forcée de se rendre à l'évidence par la rigoureuse clarté et l'identification parfaite des cas rapportés, ne purent empêcher le traitement de Green de tomber en désuétude à cause de la difficulté presqu'insurmoutable de son exécution.

Mais quand naquit la laryngoscopie, quand parut la cocaïne et que l'expérimentation biologique eut prouvé l'innocuité parfaite des injections trachéales, plusieurs spécialistes américains distingués reprirent les travaux incomplets de Green et donnèrent aux injections trachéales, dans la thérapeutique pulmonaire, une place d'où elle ne sortiront plus. Dois je nommer les Drs. Muir, Coakley et Lindley Barton de l'Hôpital Bellevue sur un article duquel je me suis inspiré pour commencer à pratiquer moi même ces injections en 1896.

Messieurs, l'innervation toute spéciale et si complexe de la trachée et des bronches rend compte de la multiplicité des causes, souvent éloignées, qui peuvent provoquer, dans l'appareil respiratoire, des phénomènes réflexes dont le plus remarquable est la toux

La toux, phénomène purement nerveux et commun au larynx, à la trachée et aux bronches, se produit toutes les fois qu'il s'exerce une action irritante sur les troncs ou les extrémités terminales des nerfs qui leur envoient des prolongements. Ces troncs nerveux sont le grand sympathique, le pneumo-gastrique et les récurrents dont les bandes se ramifient délicatement dans la muqueuse trachéo-bronchique. Rien d'étonnant alors que ce phénomène pénible accompagne presque toutes les maladies bronchiques et pulmonaires ; maintenant si l'on considère

que, à part les grandes phlegmasies pulmonaires, l'irritation est presque toujours localisée à la muqueuse bronchique ou dans des cavités communiquant presque toujours avec elle, vous comprendrez sans peine l'utilité pratique des grandes injections protectrices et antiseptiques sur cette muqueuse douée d'une sensibilité si exquise. C'est toucher du doigt un des grands avantages des injections, qui les rapproche tant du traitement chirurgical : l'isolement de ces surfaces turgescentes et souvent excoriées, la protection contre les contacts irritants et l'anesthésie des extrémités nerveuses dont l'irritation est la cause immédiate de la toux et de la détresse respiratoire. Voilà pour la valeur symptomatique de ce traitement. Au point de vue curatif ces injections ont une action qui n'est pas moins directe.

Que fait le chirurgien de sa plaie suppurante ? il la protège et l'aseptise, avons nous dit : il faut donc aussi aseptiser la lésion bronchique, et nul mode de traitement ne peut remplir cette fonction avec autant de puissance que les grandes injections trachéales et cela pour deux raisons ; à cause de la quantité de l'antiseptique employé d'abord, et ensuite, j'insiste beaucoup sur ce point à cause de la facilité qui s'offre à nous de faire fuser ce liquide dans n'importe quelle portion de l'arbre bronchique, en faisant prendre au patient, après l'injection, une posture appropriée a la direction qu'on veut donner au liquide ; et vous voyez d'ici, messieurs,combien plus énergique que tous les autres modes de traitement sera cette injection, le plus souvent fortement antiseptique et faisant irruption, en l'inondant, dans une caverne tuberculeuse, par exemple, presque toujours en pleine ulcération suppurative.

Par ces deux modes d'action, protection et antisepsie, nous réalisons donc, dans la mesure du possible, la meilleure des thérapeutiques en attendant que la sérothérapie pulmonaire, si elle

doit jamais voir le jour, nous procure de meilleures armes pour combattre l'un des plus terribles fléaux, la tuberculose.

Ici se présente naturellement à votre esprit cette pensée : n'est-il pas téméraire d'introduire de force dans le tuyau bronchique un liquide en quantité appréciable, quand ce même organe rejette, au prix des plus violents spasmes, la plus petite parcelle de bol alimentaire ou de breuvage qui s'y égare. Oui, messieurs, il y aurait spasme si nous faisions irruption dans la glotte avec la même brutalité et voilà pourquoi on n'a pu continuer les travaux de Green. Mais il importe de savoir que ce spasme est tout laryngien et que si, au lieu de brusquer, on franchit délicatement la glotte, après parfaite cocaïnisation, si l'on n'emploie que des instruments mousses et dirigés par la vue, à l'aide du miroir laryngien, si l'on évite d'irriter la muqueuse du larynx en un mot, l'injection se fera alors avec une étonnante facilité. D'ailleurs des expériences physiologiques sans nombre faites sur les animaux, tant en France et en Allemagne qu'aux Etats-Unis, ont prouvé jusqu'à satiété la tolérance extrême des poumons pour toutes sortes de liquides injectés dans ses bronches ; j'ajoute de plus que le pouvoir d'absorption présente là une intensité qui ne se rencontre dans aucun autre organe. Qu'il me suffise en somme de noter que, dans le cours des quatre dernières années, 97 malades différents ont été par moi traités par ces injections ; chaque malade ayant reçu une moyenne de sept ou huit injections au cours du traitement, la quantité moyenne de liquide injecté par séance était inférieure à ½ oz.. Pas un seul n'a présenté comme symptôme d'intolérance immédiate ou retardée soit de la dyspnée même légère ou le plus léger accès de toux. Il est un fait d'ailleurs, messieurs, qui prouve bien la tolérance et le grand pouvoir d'absorption des liquides par la surface pulmonaire. Avez-vous jamais un instant pensé que, dans l'asphyxie par submersion, lorsque le noyé reprend ses sens

après un massage énergique, la tête en position déclive, que l'eau introduite dans l'arbre respiratoire a été expulsée jusqu'à la dernière goutte ? Vous savez quelle difficulté on éprouve à vider un tube capillaire et peut-on croire un instant que les bronches capillaires se videraient avec plus de facilité ? Non, elles ne se vident pas, et si le malade recouvre si vite ses fonctions respiratoires c'est que l'eau, accidentellement aspirée, a été absorbée avec une merveilleuse rapidité.

Cependant, tout en accordant au poumon un pouvoir d'absorption aussi étendu, j'ai cru prudent, au cours de mes injections, de ne pas dépasser le maximum d'un demi once en une séance, et l'atténuation des symptômes ne se produisait pas plus rapidement par des injections quotidiennes que lorsqu'il n'était fait qu'une seule séance tous les deux jours. Des injections d'une drachme à la fois, injectées toutes les trois minutes jusqu'à concurrence de ½ once, m'ont paru être le mode d'administration le plus favorable, et les véhicules que je préfère de beaucoup, à cause de leur grand pouvoir diffluent, sont les huiles hydrocarbonées en tête desquelles on doit placer l'albolène. La glycérine est aussi un excellent véhicule.

Il ne faut pas croire qu'il faille mettre à contribution toute une pharmacie pour composer ces injections puisque le but ne se résume qu'à deux choses, l'antiseptie et la sedation. La nature huileuse du véhicule injecté et son pouvoir diffluent lui font très bien jouer le rôle de protection. Quelques préparations antiseptiques et analgésiques sûres et que l'on a reconnues d'avance bien tolérées par la muqueuse respiratoire, formeront tout l'arsenal pharmaceutique.

Je ne citerai parmi les meilleures que le menthol, 2 à 18 0/0, le gaiacol 2 0/0, le térébène 1 à 3 0/0, l'eucalyptol 1 à 3 0/0 l'ichtyol 10 0/0, l'europhène, le phénol, l'acide lactique 1 0/0 et le sulphate de zinc.

Maintenant, messieurs, il est temps de vous parler des résultats obtenus, résultats bien encourageants si on les compare aux insuccès sans nombre, aux pénibles revers des autres moyens thérapeutiques qui bien souvent découragent le médecin autant que le malade.

Trois phénomènes presque constants frappent le médecin quelques minutes même après une injection : 1° La disparition presque complète de la toux et de la détresse respiratoire d'où résultent pour le malade une sensation de bien-être considérable et un repos d'autant plus apprécié que la toux a duré pendant longtemps et a été cause de bien des insomnies. Mais deux autres phénomènes, beaucoup plus importants au point de vue curatif, et dus à l'action antiseptique, ne tardent pas à fixer l'attention, anxieux que nous sommes de constater les effets du traitement ; c'est la diminution de l'expectoration avec disparition de sa fétidité, et puis, point capital, l'abaissement considérable de la température et l'éloignement de la crise fébrile : preuve de la plus haute importance et qui montre d'une manière éclatante le puissant pouvoir antiseptique des injections puisqu'elles mettent un frein à l'activité microbienne à l'intérieur de l'arbre bronchique, activité dont la fièvre n'était en somme qu'une manifestation générale.

De l'atténuation si marquée de ces trois symptômes dominants des affections trachéales, bronchiques et pulmonaires par les injections, la conclusion est claire et en tout conforme aux résultats pratiques ; c'est-à-dire, l'amélioration rapide et la cure de toutes les affections des bronches et des poumons, plus spécialement localisées à la muqueuse, ou dont les lésions cavitaires communiquent avec elle.

Je laisse à votre perspicacité le soin de tirer de ce qui précède les résultats pratiques futurs qui peuvent en découler et je n'insisterai pas sur chacune des affections qui peuvent être trai-

tées avec avantage par ce procédé. Un aperçu en bloc des statistiques que j'ai compilées sur ce sujet mettra suffisamment en évidence les avantages à tirer de ce traitement.

Comme je l'ai dit antérieurement, 97 cas de toutes sortes ont été traités dans le cours de quatre années.

En tête encore ici vous verrez les tuberculeux avec 51 cas ; le reste forme une agglomération disparate mais où domine la bronchite chronique et la laryngo-trachéite. Si l'on excepte 18 ou 19 cas qui n'ont pu être suivis d'une manière régulière soit à cause de l'insouciance des malades ou par impossibilité de laisser là leurs occupations à certains jours, et que pour ces raisons d'irrégularité de traitement je mettrai de côté, nous aurons une statistique rigoureuse de 69 cas. Malgré cette amputation nécessaire, il nous reste encore un noyau de 38 tuberculeux aux diverses périodes d'évolution.

Je suis heureux de dire, messieurs, que sur le total de 69 cas traités, tous, à part deux, activement traités pourtant, (notez que c'était des tuberculeux à la troisième période) furent guéris ou sensiblement améliorés. Fait intéressant, si l'on s'arrête plus spécialement aux tuberculeux, les injections qui produisaient si rapidement l'abaissement de la température même chez les tuberculeux à la troisième période, perdaient beaucoup de leur activité si le malade souffrait en même temps de diarrhée tuberculeuse ou de toute autre manifestation extra-pulmonaire.

Les seuls deux cas réfractaires étaient de ceux-là. Onze cas sur le total des 48 tuberculeux ont été apparemment guéris et renvoyés comme tels. Six de ces cas n'en étaient qu'à la première période et il vous est loisible de douter de la justesse du diagnostic pourtant fait avec tout le soin possible ; mais pour les cinq autres il ne saurait y avoir de doute sur leur parfaite identité, il y avait déjà commencement de ramolissement et plu-

sieurs examens bactériologiques, faits à différents intervalles, m'ont permis de suivre avec la disparition graduelle de l'expectoration purulente, la diminution non moins graduelle des bacilles tuberculeux dans les crachats.

Les 27 autres tuberculeux subirent une amélioration plus ou moins marquée avec prolongation sensible de la durée de la vie ; mais notez de nouveau que l'accalmie des symptômes pénibles fut toujours d'autant plus grande que la lésion était plus franchement localisée, parce qu'alors on pouvait mieux profiter de toute la masse injectée pour la diriger sur le point malade.

Quant aux cas de laryngo trachéites ou de bronchites, le grand nombre fut guéri rapidement, très peu ne furent qu'améliorés et pourtant beaucoup d'entre eux avaient énergiquement résisté aux autres moyens.

Beaucoup d'autres cas, messieurs, auraient pu subir ces expériences, mais il est très difficile de faire accepter au malade ces manipulations et la mise en scène qui en découle ; tout cela leur semble, dans l'ignorance de ce que l'on veut faire, prendre l'importance d'une véritable opération et ils insistent pour être traités par les moyens ordinaires.

Laissez-moi maintenant esquisser rapidement, et à grand traits, l'histoire d'un cas qui m'a vivement intéressé et que j'ai traité avec un soin jaloux.

Melle X. . ., âgée de 21 ans, tousse et crache abondamment et a perdu 21 livres en quatre mois à peu près. Elle a des poussées fébriles le soir, transpire la nuit et l'examen bactériologique décèle dans les crachats la présence de bacilles tuberculeux. Elle souffre de laryngite tuberculeuse au début, il y a infiltration tuberculeuse mais il n'y a pas encore d'ulcération.

Pour combler la mesure, l'histoire familiale est détestable : la mère, le frère et les sœurs sont morts tuberculeux. Orpheline de père et mère elle est obligé de travailler dans une manu-

facture de chaussures pour vivre. Nous avions là, réunis, les trois éléments nécessaires au développement de la tuberculose, la graine, le milieu et le terrain.

En même temps que le pansement de son larynx tuberculeux, des injections intra-trachéales furent faites et un traitement tonique fut institué ; la fièvre diminua d'intensité de suite et au bout de huit semaines était définitivement disparue.

L'expectoration et la toux, plus lentes à se modifier à cause de la laryngite concomitante, n'étaient parfaitement sous contrôle qu'au bout de huit mois, alors que la malade avait repris ses 21 livres de chair perdues et 3 livres de plus. L'examen bactériologique a fait voir la diminution conjointe des bacilles et de l'expectoration.

Ce cas fut suivi par moi pendant deux ans et demi avec toute la minutie possible ; suspendant de temps à autre les injections pour une période de quatre ou cinq mois, pour les reprendre ensuite. Deux injections par semaine ont été la moyenne que j'ai adoptée dans ce cas type.

Tous les cas ne réussissent pas si bien, hélas ! mais, en somme, ne peut-on pas avoir quelque confiance en un procédé thérapeutique qui présente peu de dangers et qui peut rendre à l'humanité d'utiles services ?



DU TRAITEMENT DU TRACHOME

EXPOSÉ SOMMAIRE DES DIFFÉRENTS MOYENS EMPLOYÉS POUR COMBATTRE L'OPHTALMIE GRANULEUSE.

Par le Dr L. O. GAUTHIER, Québec.

Il n'est pas dans notre intention de traiter la question dans tous ces détails mais bien plutôt d'en faire un résumé succinct qui nous permettra de constater, malgré les nombreux et différents modes de traitements adoptés, le peu de résultats satisfaisants obtenus jusqu'ici.

Le trachôme est un mal général, il est plus mauvais dans ses suites qu'un grand nombre de maladies contagieuses, il cause une complète cécité, ou il cause une plus ou moins grande incapacité au travail ; il affecte surtout la basse classe du peuple qui travaille, qui n'a qu'une bien faible idée de la propreté du corps, de l'hygiène et qui n'a souvent pas le temps et n'est même en état d'y faire attention.

Il semble que, dans ces derniers temps, la conjonctivite granuleuse ait été fréquente dans les pays de l'Europeorientale ! En Turquie, dans la Grèce, en Galicie, en Russie, dans la Pologne, en Prusse et en Autriche.

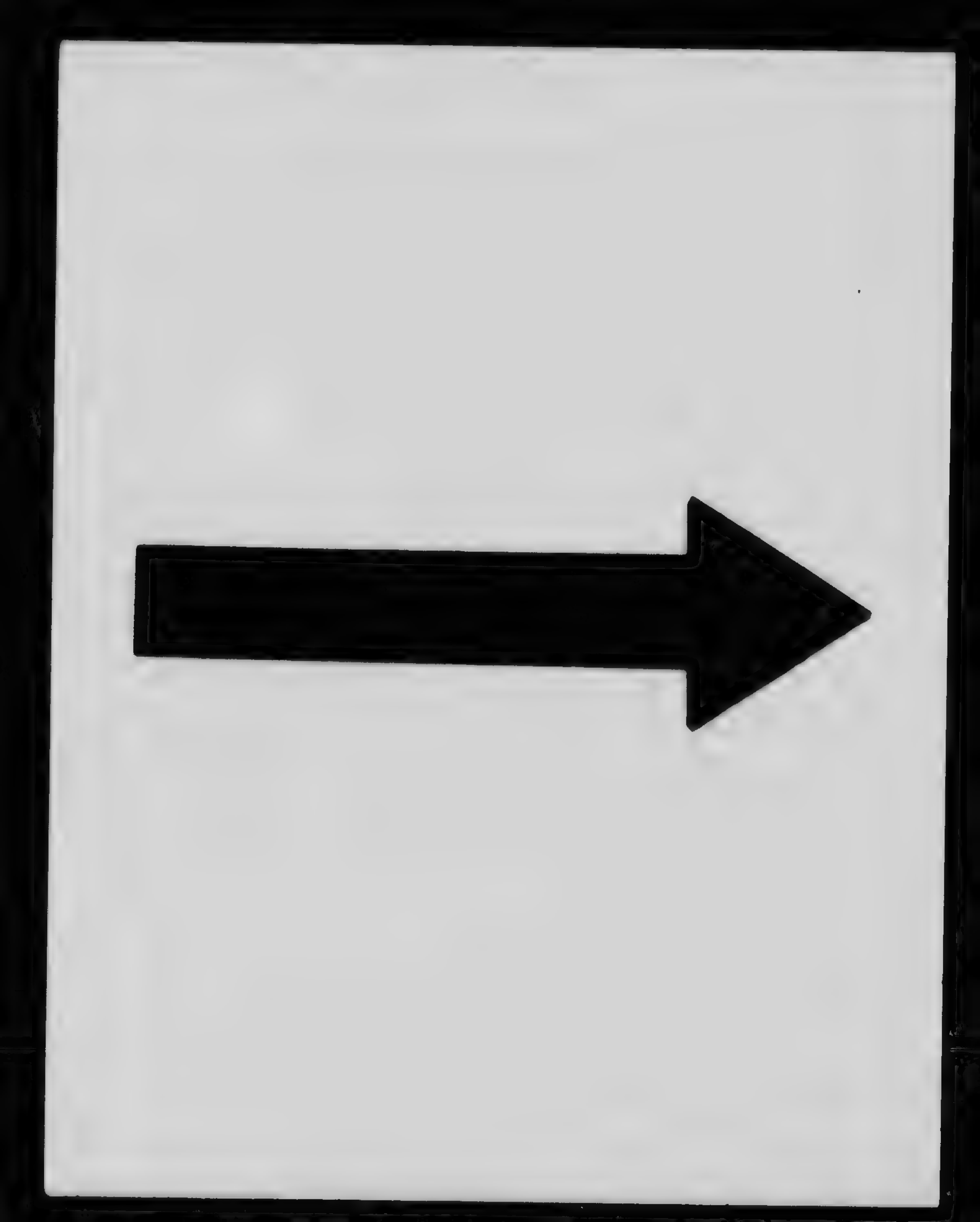
Selon Heichberg, on trouve le plus de cas de trachôme en Russie, notamment à Moscou et St-Petersbourg. Cetnarorvicz donne une proportion de 40 pour 100 à Varsovie, par contre Hirchberg notait qu'en Suisse, sur 30,000 malades, il y en avait 6 seulement atteints du trachôme, la même proportion dans le

district du Puttusk, (gouvernement de Varsovie) d'après les statiques établies en 1901 (septembre) par Cetnarorvicz. Potechin, en 1895, démontre que le trachôme, parmi les soldats de l'armée russe, ne fait qu'augmenter chaque année malgré les traitements institués. En Allemagne, en 1897, Hirchberg nota dans une des séances de la Société des Médecins de Berlin, que visitant, par ordre du gouvernement, les provinces prussiennes, il s'est convaincu que le trachôme y fait d'effroyables ravages, surtout dans la classe pauvre, aux écoles élémentaires il monte jusqu'à 20 pour cent ; le nombre, aux collèges d'enseignement supérieur, n'atteint que 5 pour cent.

Tout cela prouve que partout où il y a de plus grandes réunions d'hommes, soit qu'ils demeurent ensemble, soit qu'ils passent ensemble une certaine partie du jour, cela fournit de favorables occasions pour le trachôme. Il faut ajouter encore que les mauvaises conditions hygiéniques favorisent la propagation de cette maladie, ainsi casernes, prisons, écoles, et en général tout rassemblement d'individus sont favorable à la communication du trachôme.

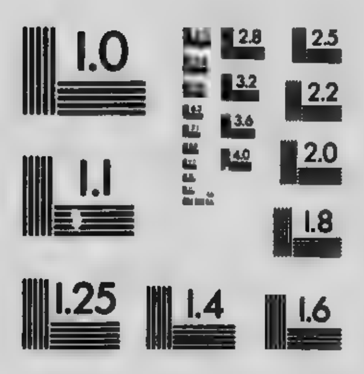
Si nous parlons de ces statistiques, ce n'est que pour démontrer qu'il est temps de prendre les mesures nécessaires pour empêcher une maladie aussi grave de devenir un fléau pour le Canada. Déjà, dans plusieurs paroisses du Lac St-Jean, les granulations font ravage, on pourrait également dire la même chose de la paroisse des Eboulements et des paroisses environnantes dans le comté de Charlevoix. Il est donc nécessaire, avant que le trachôme n'ait pris une plus grande extension, ce qui ne pourrait manquer d'avoir lieu avec tous les immigrants qui nous arrivent et pour la plupart trachômateux, d'étudier quels ont été les modes de traitement employés dans les différents temps.

Le commencement du traitement de l'ophtalmie granuleuse



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





date du temps d'Hippocrate qui frottait la conjonctive avec un écheveau de laine brute, brûlait la surface saignante au fer rouge et appliquait de l'onguent à base de cuivre. L'ancien médecin fait de grands éloges de ce moyen de guérir les aspérités de la conjonctive (c'est ainsi qu'on appelait le trachôme). L'école d'Alexandrie râclait les granulations à l'aide d'une feuille de figuier; Sévérus les cautérisait avec l'onguent de cuivre; Rharer les détruisait à l'aide d'une petite curette tranchante ; au XVIII siècle. Woolhouse les frottait avec une brosse de barbe d'épis de blé.

Pendant l'épidémie de trachôme dans l'armée de Napoléon I, on travailla à guérir les malades par l'art chirurgical ; ainsi Liteus, Stellwag coupaient les granulations avec des ciseaux, ou faisaient des scarifications profondes ou les brûlaient avec du sulfate de cuivre. En 1859, Borelli fait le brossage ; Desmarres râcle les grains, Cinguet les pressure, Suellen, Galezoswki extirpaient les parties de la conjonctive atteintes de granulations ; Pagenstecker et Castomyris emploient le massage, le premier avec l'onguent au bioxyde jaune de mercure, le second avec l'acide borique réduit en poudre fine. Reich, après avoir employé la cocaïne, détruit les granulations à l'aide du galvanocautère.

Dransart conseille les injections sous conjonctivales de sublimé à 1 millième, soit seules ou en combinaison avec la scarification et le brossage. Sattler de Prague emploie la scarification et le râclage à l'aide d'une curette tranchante : il tourne la paupière supérieure avec une pince spéciale, scarifie, et applique le râclage partout où il trouve le tissu trachômateux ; après les scarifications et le curettage il applique le sublimé puis le sulfate de cuivre.

Abadie de Paris est partisan du brossage et des lavages au sublimé à 1 cinq centième.

Darier se sert d'un moyen chirurgical très énergique; lorsqu'il

y a blépharospasme prononcé, il débride la commissure externe et en cas d'envahissement non seulement de la conjonctive mais de la caroncule, de la conjonctive bulbaire, il applique le blépharostat, s'empare à l'aide d'une pince de la conjonctive bulbaire, gratte et brosse la surface ainsi que le pannus ; sur ce dernier, il agit avec des précautions pour ne pas entrainer le tissu sain,; il excise la caroncule infiltrée.

Ensuite, il procède à la scarification en commençant par la conjonctive palpébrale inférieure pour ne pas être gêné par l'hémorragie de la supérieure, puis il enlève avec la curette le contenu des granulations ; alors il pratique un brossage soigné de toute la surface cruentée, avec une brosse en crins durs trempée dans une solution de sublimé ou de cyanure. Pendant les jours suivants il emploie ces lavages antiseptiques et, pour diminuer l'irritation, il touche avec le glycérolé de plomb ou toute autre substance catartique.

Pour éviter le symblépharon post opératoire, Darier retourne les paupières dès le lendemain ou rompt les adhérences au moyen d'une sonde.

En 1811, Henri Walker essayait le premier d'inoculer sur la conjonctive trachômateuse du pus blennorrhagique ; le même moyen était appliqué avec différents résultats par Jeager, Hamilton, Warlemont, Bader, Desmarres, Sichel, Panas, Abadie, Poncet, et plusieurs autres; on remarquait pourtant que le Jequirity et l'inoculation blennorrhagique sont des choses extrêmes.

Coppez fils, de Bruxelles, au Congrès international d'ophtalmologie tenu à Utrecht en 1899, conseille d'employer l'électrolyse avec la petite fourchette en acier de de Weker. La force du courant doit être de 4 à 5 milliampères. On fait cette opération sous chloroforme, on met ensuite un pansement pour 24 heures, ensuite on frotte la conjonctive avec le sublimé au 4/1000. En cas de pannus épais, le 4e où 5e jour après l'électrolyse, il badigeonne

la conjonctive avec une macération de jequirity au 5/100. Selon Coppez, la guérison exigerait 3 à 6 semaines.

Masselon recommande le moyen abandonné de guérir par le jequirity infusé : 3, 5 pour cent, ou sous forme de poudre qu'il jette sur la conjonctive, et après quelques minutes, il lave soigneusement avec une solution antiseptique.

Rechlmann, un des plus célèbres scrutateurs du trachôme, rend la préférence au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent ; il est opposé aux solutions mercurielles, aux scarifications, au râclage parcequ'ils causent une cicatrice conjonctivale ; cependant il conseille d'ouvrir et d'évacuer les granulations.

Comme on le voit, la quantité des moyens employés à guérir le trachôme parle contre eux. Il nous semble donc que le premier et le plus simple des moyens est la propreté en général, et surtout des mains, du visage et des yeux. Comme la nature du trachôme nous est inconnue et que son existence comme maladie spéciale paraît gagner chaque jour plus d'adeptes, il est difficile de trouver contre lui un remède sui generis.

Le combat est d'autant plus difficile, que l'ennemi est inconnu ; depuis des siècles, il tourmente l'humanité, et depuis des siècles l'humanité le combat infructueusement.

Parmi les moyens proposés nous avons choisi la propreté, la cautérisation avec la sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, enfin le brossage si les cautérisations n'ont pas réussi. Tous ces remèdes sont plus ou moins efficaces. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que dans chaque cas il faut tenir compte des indications spéciales du sujet et de la gravité de la maladie.

Pour ma part parmi les 50 ou 60 cas que j'ai eu l'occasion de traiter plus ou moins longtemps, (parce que les malades ne sont pas toujours disposés à subir le traitement adopté, et aussi très souvent, parceque les malades, n'éprouvant un soulagement

sinon immédiat du moins après quelques jours de traitement, ne se gênent pas de mettre le médecin en cause et se livrent à leurs violences naturelles à son égard.) Je dois dire que, malgré les cautérisations telles que mentionnées ci-dessus, les brossages et tous les traitements préconisés jusqu'ici, les résultats n'ont pas été favorables, du moins pour la majorité des cas, aussi ce serait avec plaisir que j'écouterais Messieurs les oculistes discuter cette question, émettre leurs idées et dire devant le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, quel est le mode de traitement qui leur a été le plus favorable.



V

SECTION DE PEDIATRIE

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Par SÉVÉRIN LACHAPELLE

Professeur de Pathologie générale et de Pédiatrie à l'Université Laval

Nous nous permettrons d'affirmer que, s'il n'y a pas d'exception d'âge pour la maladie en général, il ne doit pas y en avoir pour la thérapeutique, et que toutes les médications doivent être appliquées à l'enfant comme à l'adulte, comme au vieillard, qui nous offre d'ailleurs plus d'un point de contact avec l'enfant, pendant la maladie.

Cette proposition qui est le sujet de l'étude que j'ai l'honneur de vous présenter, je la mets devant le Congrès, non seulement au point de vue médical qui devrait être le seul, mais aussi au point de vue national, puisque cette association est aussi nationale que médicale, son titre étant : Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Au point de vue national.—Dans une possession anglaise comme la nôtre, la force numérique de l'élément français est la seule garantie de la protection de ses droits et du maintien des libertés promises. C'est pourquoi tous les efforts combinés de la science et de la politique doivent tendre à en assurer l'augmentation normale ; la loi Mercier fut une noble tentative dans cette direction. Il est un fait bien établi, c'est que la mortalité

infantile est plus élevée chez nous que chez nos compatriotes d'origine anglaise, et si cette différence injurieuse n'eut pas existé, il est permis de supposer, d'après des données assez vraies, que notre population française serait plus que doublée ; elle eut été plus que doublée peut-être, lors de la Confédération, et ce chiffre supérieur eut amené nécessairement comme résultat une représentation plus forte et plus juste dans le Grand Conseil de la nation, la Chambre des Communes.

Au point de vue d'un peuple les siècles sont un peu comme les années d'un homme, et si nous trouvons dans le siècle passé une faute, cause d'infériorité nationale, nous pouvons espérer réparer cette faute dans le siècle à venir, et je me plais à envisager dans ce lointain, que verront nos petits-fils, nos enfants continuant à naître nombreux,—car la famille canadienne française est bénie du Seigneur,—et ne mourant que dans une proportion qui peut être atteinte et non dépassée (90 p. 1000) quatre-vingt dix par mille, au lieu de (300 p. 1000) trois cents par mille, et alors je m'écrie avec un légitime enthousiasme que oui, il est bien vrai de dire que le Canada est la France de l'Amérique.

Sœur Bourgeois nous dit dans ses mémoires : on a été environ huit ans sans pouvoir garder d'enfants à Montréal, ce qui donnait bonne espérance, puisque Dieu prenait les prémices."

Jeanne Loysel et Jean Desroches furent les premiers qui résistèrent et vécurent.

Ces pieuses paroles sont peut-être justifiables dans la bouche de cette sainte femme, quand la France était seule "maitresse sur nos bords," mais dans cette colonie française devenue colonie anglaise, les répéter serait se couvrir de ridicule et si l'ignorance traditionnelle continue à s'inspirer de cette résigna-

tion, il y a là crime de lèse-nation, il est temps d'en arrêter la marche fatale

Au point de vue médical.—Inutile de dire que les maladies des nourrissons constituent un groupe à part, et que les infections intestinales qui sont toujours dues à l'alimentation — à sa mauvaise qualité ou à sa quantité toujours trop exagérée,— ne sauraient être traitées chez l'enfant comme chez l'adulte puisque tout le traitement ici consiste dans une alimentation réglementée.

Abstraction faite de ce groupe, le plus nombreux, du premier âge, nous devons mettre l'enfant sur un pied d'égalité avec les âges qui suivent.

Si le préjugé, qu'il est inutile de soigner nos enfants, était un préjugé propre à notre population seulement, il serait pour le moins oiseux d'en parler ici ; mais ce préjugé est profondément enraciné dans la profession médicale, c'est pourquoi nous nous enrégistrons énergiquement contre lui.

Est-il l'écho du dehors qui se répercute au dedans ? nous le croyons, comme nous croyons aussi que l'enseignement universitaire, tel que donné, est insuffisant pour le faire disparaître ; la part qu'il occupe dans cet enseignement est pour ainsi dire nominale ; et par enseignement ici, nous comprenons non seulement l'enseignement théorique mais aussi l'enseignement pratique, c'est-à dire la clinique : à Montréal, comme à Québec d'ailleurs, nous n'avons aucune clinique à notre disposition : que serait l'enseignement pathotogique interne ou externe sans la clinique ? En attendant qu'on donne à l'enfant la place qui lui est due dans les études médicales, nous sommes laissés à nous-mêmes, à l'initiative individuelle.

Et pourquoi à la question posée : l'enfant malade peut-il être traité comme l'adulte ? ne répondons-nous pas également

tous dans un sens affirmatif. La maladie se résume à deux choses essentielles : le diagnostic et le traitement.

Est-ce que l'enfant ne fournit pas des signes de diagnostic suffisants ? Quels sont les signes de diagnostic ? nous avons les signes subjectifs et les signes objectifs.

Est-ce que dans l'examen d'un malade, les signes subjectifs aident aujourd'hui comme autrefois le médecin consultant ; est-ce que les moyens multiples d'examen ne nous permettent pas de nous dispenser de l'assistance même du patient ?

Et si nous voulons tenir compte de ces signes subjectifs, ne les rencontrons nous pas dans le langage muet mais si expressif de la physionomie de l'enfant malade, de la même manière et même plus, que dans le langage parlé de l'adulte, au point que nous pouvons nous permettre de dire, sur un simple coup d'œil, que la maladie siège dans une des trois grandes cavités splanchniques, le cerveau, la poitrine ou l'abdomen ? Oui, nous nous permettrons de faire cette affirmation avec les grands maîtres : le diagnostic des maladies de l'enfant est aussi facile, sinon plus que celui de l'adulte.

Que cette vérité soit admise et le préjugé tombe de lui-même, car ce n'est pas la difficulté du traitement qui l'a fait naître, mais bien la croyance erronée dans l'impossibilité d'un diagnostic. Le traitement en effet ne saurait faire hésiter un seul instant l'intervention active du médecin.

Et d'abord entendons-nous bien sur les termes.

Dans toute maladie, nous avons la médication expectante, symptomatique et la médication rationnelle : la médication expectante, que l'on rencontre au début de toutes les maladies, (les exceptions sont si rares d'un diagnostic certain au début que nous pouvons nous permettre cette manière de parler) et la

médication rationnelle qui s'attaque à la maladie même et non pas seulement aux symptômes, quand celle là a mis une signature lisible.

Or, l'enfant sera-t-il privé éternellement de cette double assistance défensive, l'une hésitante, mais palliative, l'autre plus audacieuse et plus souvent triomphante que chez l'adulte ; car souvenons-nous que nous avons un terrain vierge, — quand il n'est pas souillé par la tare héréditaire, par une diathèse bien établie, — où la maladie peut germer facilement, mais où le remède aussi a une action médicamenteuse plus sûre que chez l'adulte, puisque l'absorption est plus prompte, et les contre-indications plus rares, puisque l'élimination est plus facile, car des expériences établissent que la rapidité d'absorption et d'élimination est en raison inverse de l'âge.

Nous n'avons pas à craindre chez l'enfant le rein fermé assez souvent de l'adulte, encore plus du vieillard ; et la pensée de ce rein toujours à craindre, qui poursuit le médecin de l'adulte, ne paralysera jamais l'intervention du médecin de l'enfant.

Et c'est bien sur la connaissance intime de ces données physiologiques que nous nous appuierons pour diriger une médication suffisamment énergique et hardie. Si, à la suite de Gaubius, nous tabulons la dose au point de vue de l'âge seulement, nous ferons un faux raisonnement, mais si, appuyés sur ces notions indiscutables, nous poussons la dose médicamenteuse jusqu'à ses limites nécessaires à l'efficacité, nous serons dans le vrai ; et l'effet sera produit, le but atteint et la guérison assurée, le plus souvent. Car, avec les données de philosophie médicale qui nous guident tous, il nous faut dire que tout est dans la dose, et l'infiniment petit ne saurait convenir même à notre petit.

Ces notions sur la dose ont été longtemps bien fausses. Trousseau eut le malheur, un jour, de trouver un enfant empoisonné par une dose d'opium, et l'on déclara de suite l'opium incompatible avec l'organisme infantile : cette opinion du grand maître fit école pendant longtemps, mais Jules Simon en a fait justice et nous n'hésitons pas aujourd'hui à nous servir de ce pavot indispensable plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte ; le fractionnement de la dose au début, et l'élimination prompte de ce médicament le plus actif sont deux garanties que vous fournissent l'art et la nature ; avec elles nous pouvons travailler avec confiance. Qui n'a pas assisté dans les cliniques de Jules Simon, pris d'un double sentiment d'admiration et de confiance, à ces efforts hardis sans être trop téméraires, dans le but de démontrer combien tous les médicaments les plus actifs sont tolérés plus même par l'enfant que par l'adulte. Exemple : la belladone et l'aconit que le grand clinicien donne à l'enfant à des doses réellement massives : l'accumulation médicamenteuse, encore une fois n'est pas à craindre ici.

Nous insistons sur cette importante question des médicaments actifs et sur celui qui est le plus indispensable, l'opium et ses préparations, parcequ'il nous semble qu'il n'y a pas de médication possible le plus souvent sans ce puissant auxiliaire ; l'élément douleur jouant un rôle primordial dans la maladie. Quel est le praticien qui affirmera la possibilité de se dispenser de ce remède puissant ou de son équivalent chez l'adulte ? Or l'élément douleur n'est-il pas plus inhérent à l'enfant, en vertu de son impressionabilité et de sa sensibilité, sans contrôle moral. Morcelez votre médicament actif, quelqu'actif qu'il puisse être, mais servez vous en quand même, l'âge n'est pas une contre-indication !

Le temps accordé m'oblige à me contenter des considéra-

tions qui précèdent, espérant qu'elles seront suffisantes tout de même pour justifier mon sujet et surtout sa conclusion.

La thérapeutique de l'enfant ne diffère de celle de l'adulte que dans le dosage des médicaments.



DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Par le Dr. R. FORTIER, Prof. de Pédiatrie à l'Université Laval.

La question de l'allaitement des nouveaux-nés fixe, depuis un certain nombre d'années, l'attention des philanthropes, des médecins et des économistes des vieux pays. La principale raison humanitaire invoquée fut celle de la constatation du décroissement de la population française par suite de la grande mortalité des nourrissons. C'est ce qui faisait dire au Dr Léon Dufour de Fécamp : "Conservons les enfants que nous avons ; donnons " leur une santé robuste et armons-les pour la lutte contre la " maladie ; il y va de notre intérêt national."

Nous, Canadiens français, nous ne sommes peut-être pas dans les mêmes conditions que la France ; notre population s'accroit sensiblement d'années en années. Le nombre des naissances dépasse celui des décès. Malheureusement, il faut l'avouer, trop d'enfants meurent en bas âge, et cela, faute de soins soit par ignorance, soit par négligence coupable.

J. J Rousseau a dit quelque part : "Non contentes d'avoir cessé d'allaiter leurs enfants, les femmes cessent d'en vouloir faire ; la conséquence est naturelle. Dès que l'état de mère est onéreux on trouve bientôt le moyen de s'en délivrer tout à fait ; on veut faire un ouvrage inutile, afin de le recommencer toujours et l'on tourne au préjudice de l'epèce l'attrait donné pour la multiplier."

Si ces paroles ont trouvé un léger écho dans quelques fa-

milles canadiennes, la majorité, hâtons-nous de le dire, ne les mets pas en pratique.

Le reproche principal que l'on peut faire au peuple canadien français, ce n'est pas le défaut de natalité mais plutôt le grand nombre des mortalités infantiles. Si, plus tard, la théorie du "moral restraint" de Malthus venait à se généraliser par suite de l'onérosité des conditions de vie, et si la mortalité infantile n'allait pas en diminuant, nous serions destinés à nous dépeupler comme la France.

N'oublions pas que si la grandeur d'un peuple se mesure au nombre de ses enfants, il ne suffit pas qu'ils naissent, il faut encore qu'ils vivent. [Mauchamp.]

La principale cause de cette mortalité réside dans ce fait que la plupart de ces petits êtres succombent dans les premiers mois de la vie parce qu'ils ne sont pas convenablement alimentés et soignés, parce que les nécessités de la vie ont forcé leurs mères à les priver du lait de leur sein et à leur donner, dans un biberon, un lait corrompu, sinon falsifié, sans observer aucune des règles de la diététique de l'allaitement.

En un mot la grande mortalité infantile se résume dans *l'absence de l'allaitement et des soins maternels.*

La prophylaxie qui en découle comprend l'*Hygiène de l'alimentation dans la première enfance.*

Parmi les divers modes d'alimentation, l'allaitement artificiel étant le plus meurtrier de tous, il s'ensuit que l'allaitement au sein est le seul remède à apporter aux maux de l'enfence.

Dans ce pays, surtout dans la classe instruite, il est malheureux de constater que l'allaitement au sein est souvent négligé sans raisons valables. On invoque l'ennui, l'esclavage, ou autres futilités. On confie trop souvent à des étrangères (servantes) les premiers soins des enfants dans un temps où ils ont besoin de soins délicats et attentifs par suite de leur faiblesse et

de leur fragilité. C'est faire une bonne œuvre que de rappeler aux femmes que c'est un devoir d'état sacré et inaliénable pour elles de s'occuper de leurs enfants.—C'est au médecin seul à intervenir dans la direction de l'allaitement et des soins maternels. " Les raisons que donnera le médecin, dit le Dr Mauchamp, pour " imposer l'allaitement maternel, triompheront des hésitations et " même du mauvais vouloir de la mère et de son entourage, s'il " a la conscience nette de sa responsabilité et de la grandeur de " sa mission, car il saura y trouver des arguments nécessaires. " De même, si cet allaitement maternel est vraiment reconnu " impossible, il faut qu'il sache bien qu'il a à sa disposition un " allaitement artificiel désormais salutaire grâce aux progrès ac- " complis dans ce sens. Il ne faut plus qu'on lui reproche d'être " par faiblesse ou indifférence le complice des jeunes femmes " qui feignent de vouloir nourrir leur enfants mais qui savent si " bien se faire presser de renoncer à cette fantaisie. L'esprit du " médecin doit se dégager des entraves qu'apportent à son indé- " pendance les considérations mondaines et les conventions de " la mode."

Malheureusement il faut avouer que, dans bien des circonstances, l'allaitement maternel est pratiquement impossible. Il faut alors faire en sorte que l'allaitement puisse au moins être mixte, et s'il doit être artificiel complètement, qu'il soit aussi salutaire que possible.

On peut aujourd'hui affirmer hautement que l'allaitement artificiel, sans pouvoir bien entendu être mis en parallèle avec l'allaitement maternel, a été rendu salutaire par la stérilisation du lait. Les résultats fournis partout sont concluants. Désormais tout nouveau-né, alimenté au biberon, ne peut plus être considéré, surtout dans les grands centres, comme voué à une mort certaine.

Qu'il soit bien entendu que la stérilisation n'ajoute rien à

la qualité du lait et que *l'hygiène alimentaire des nourrissons réside dans une simple question de bon lait donné à dose convenable, dans des conditions d'asepsie et de propreté méticuleuses.*

Dans ce modeste travail fait dans le but de vulgariser les principes des pédiâtres français nous nous occuperons : 1° de la qualité et de la provenance du lait employé. 2° de la surveillance et des soins qu'exige ce procédé d'alimentation pour être salutaire ; 3° de la direction de l'hygiène de l'allaitement artificiel.

Pour traiter un sujet aussi important que celui de l'allaitement artificiel des nourrissons, il faut, tout en donnant les résultats de sa pratique, dire quelques mots de tout ce que comporte la question. Il faut parler des dangers du lait cru, de l'origine et de la provenance du lait, de la diététique de l'allaitement en passant par l'étude des méthodes de stérilisation et l'examen rapide des différentes modifications apportées au lait stérilisé par des procédés nouveaux qui n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves. par des procédés insuffisants, compliqués ou coûteux, comme les laits conservés, pasteurisés, humanisés, maternisés, décaséinifiés ou diversement modifiés.

La première question qui se pose, lorsqu'on étudie l'allaitement artificiel, c'est celle de la nature même du lait. On ne peut diriger convenablement cet allaitement qu'à la condition d'avoir du bon lait.

Mr. Chavane a démontré que l'objection la plus grave que l'on puisse faire au lait de vache cru, c'est d'être le véhicule des microbes et la principale cause des maladies que le nouveau né suce avec le lait. Il est admis aujourd'hui que, quelle que soit sa provenance, le lait est toujours souillé par la présence de micro-organismes qui pullulent plus ou moins rapidement. (Marfan.)

Si les conséquences de cette souillure sont généralement

peu appréciables en pratique pour les adultes, il n'en est pas de même pour les nouveaux-nés dont l'organisme est si fragile et dont le tube digestif, particulièrement sensible, réagit si facilement, si promptement et, presque toujours, si gravement. (Mauchamp.)

Ces germes qui rendent le lait virulent et propagateur de maladies infectieuses proviennent : 1° de l'organisme même de l'animal malade à travers la glande mammaire; ce sont la tuberculose, la fièvre aphteuse, la rage et la pyohémie des vaches. 2° Bien plus souvent le lait a été contaminé d'une façon indépendante de la secrétion glandulaire, soit avant la traite, soit pendant, par des microbes apportés du dehors, (mains sales des trayeurs, pis des vaches souillés par la litière), soit enfin après la traite, par les poussières adhérentes aux vases que le lait traverse, par l'eau qui sert à les laver ou même par les poussières de l'air atmosphérique. Tous ces derniers germes corrompent le lait qui devient ainsi toxique secondairement. 3° Quelques fois une souillure accidentelle peut introduire dans le lait des microbes pathogènes, comme par exemple, la fièvre typhoïde, la diphtérie, le choléra asiatique, la scarlatine, l'érysipèle, l'entérite hémorragique de la vache etc..

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître que les premiers centimètres cubes de lait recueilli renferment seuls des ger s, tandis que le reste de la traite est d'ordinaire stérile, sauf le cas de contamination par les microbes pathogènes de l'organisme malade de la femelle laitière.

Si donc le lait de vache produit des accidents, c'est signe qu'il y a eu des altérations quelconques. La 2ème classification des germes du lait citée plus haut n'est dangereuse que par la fermentation qu'elle lui fait subir ; tandis que les microbes pathogènes de la 1ère et 3ème catégorie, c'est-à-dire ceux qui ont pour origine une maladie infectieuse de la vache et ceux qui

proviennent d'une souillure accidentelle du lait, sont dangereux par leur seule présence. Ces derniers agents sont d'autant plus dangereux que rien ne révèle leur présence et qu'ils agissent autant par leurs toxines que par eux-mêmes.

Heureusement ces microbes pathogènes sont relativement rares si on les compare aux microbes de la 2ème catégorie, c'est à dire aux souillures du lait par la traite ou les manipulations consécutives. Ces derniers sont les agents de la fermentation et de la putréfaction du lait ; ils déterminent parfois chez l'enfant qui ingère ce lait altéré des diarrhées très graves et le choléra infantile. Ces causes de contamination sont très nombreuses ; on pourrait même dire que la souillure est presque inévitable dans les conditions ordinaires de la pratique.

Le lait, tout le monde le sait, est un bon bouillon de culture, grâce à sa légère alcalinité, à sa richesse en principes azotés et en sels ; il se trouve donc, à une température suffisante, dans des conditions très favorables pour la pullulation des microbes. Les altérations du lait produites par les microbes provenant de l'atmosphère, et surtout des êtres vivants eux-mêmes, aboutissent le plus souvent à la formation de substances nuisibles et même toxiques qui altèrent la composition du lait et le rendent impropre à l'alimentation des nourrissons. D'ailleurs il faut remarquer qu'à part la susceptibilité toute spéciale de leur frêle organisme, *l'acidité du liquide stomacal est très faible dans les premiers mois de la vie, ce qui entretient la vitalité et favorise le développement des bactéries, même pendant le passage du lait dans les voies digestives.*

Les saprophytes du lait ne manifestent leur présence par aucun signe extérieur pendant un temps plus ou moins long, après de nombreuses heures et quelquefois de jours. Leur présence ne se trahit aux sens que lorsqu'ils ont modifié profondément les propriétés du lait. Or il faut bien considérer que le lait, même

avant que l'action de ces saprophytes ne se soit révélée, est déjà dangereux pour le nourrisson.

L'expérience clinique quotidienne prouve que c'est un grand tort de prétendre que seuls les microbes pathogènes sont à redouter parcequ'ils ne modifient pas les caractères extérieurs du lait tandisque les saprophytes ne doivent pas nous inquiéter puisqu'il rendent le lait imbuvable.

Les modifications apportées au lait par ces saprophytes se font sentir sur la caséine, le sucre de lait, surtout, et aussi sur le beurre.

Les saprophytes qui transforment le sucre de lait en acide lactique ne sont autre chose que des *ferments lactiques.* Ceux qui coagulent le lait en sécrétant des diastases analogues à la présure sans modifier la réaction du lait, ou même en l'alcalinisant, sont appelés *ferments de la caséine.*

Les principaux microbes de la fermentation lactique sont le *bactérium lactis aërogenes* et le *bactérium coli commune* que l'on rencontre dans les matières fécales qui souillent la litière et le pis des vaches. Voici comment les choses se passent le plus communément : souvent les ménagères sont surprises de voir un lait, qu'elles croyaient bon et qui avait un bon aspect, tourner lorsqu'elles le font chauffer. Ceci est dû au fait qu'en chauffant le lait il faut une moins grande quantité d'acide lactique qu'à l'état froid pour le faire coaguler : le taux d'acide nécessaire pour la coagulation étant en raison inverse de l'élévation de la température. Si donc on donne à un enfant un pareil lait, d'apparence excellent, sans élever sa température, c'est-à-dire sans que rien ne puisse faire soupçonner les dangers qu'il recèle, la réaction chimique se produira dans le tube digestif. Alors de deux choses l'une : soit que le lait tourne sur l'estomac, ce sera le cas le plus heureux parce que l'enfant vomira alors le poison ingéré, soit que les modifications se produisent lentement et tardivement

dans le lait ingéré sans signes d'expulsion immédiate, ce qui est le cas le plus fréquent ; alors le poison sera absorbé par l'organisme de l'enfant et produira des accidents plus ou moins graves. (Mauchamp.)

Les principaux agents de la coagulation de la caséine sont d'une part le bacillus subtilis (bacille du foin) et son voisin le bacillus mesentericus vulgatus (bacille de la pomme de terre) et d'autre part le groupe des Tyrothrix.

Ce court résumé des dangers inhérents au lait de vache, le plus employé en pratique, nous conduit tout naturellement à nous demander quels sont les moyens d'éviter ces dangers. La majorité des pédiâtres, sinon tous, nous répondent : 1° Récolter du lait aussi pur que possible en évitant les sources (intrinsèques et extrinsèques) de contamination : 2° Conserver ce lait bon.

1° *Récolte du lait aussi pur que possible.*

" La question de l'alimentation par le lait de vache, dans " le jeune âge, dit Mr. Variot, a une véritable portée sociale. Si " l'on veut fermement réduire cette mortalité prématurée, le meil- " leur moyen est de distribuer du bon lait.

Cette question de la production et de la distribution d'un bon lait comporte le choix, l'alimentation, l'hygiène et la stabulation des vaches laitières, les précautions de la traite, la conservation du lait et sa distribution après la traite.

La prophylaxie rationnelle des maladies digestives du nourrisson n'a pas pour seul objectif la stérilisation du lait parce qu'elle ne détruit que les microbes et ne peut pas améliorer du tout un mauvais lait. Il faut donc chercher à se procurer un lait exempt de toutes les chances possibles de contamination et dépourvu de substances chimiques nuisibles.

Le lait est aussi indispensable à la vie des enfants que l'air respirable lui-même, et l'on peut dire de lui, ce que l'on a dit de

l'eau : "De ce qu'il est nécessaire, il n'en est que plus dangereux lorsqu'il est mauvais, puisque, même tel, on ne saurait s'en passer."

Pour le choix d'une vache laitière il faut savoir qu'en thèse générale la qualité est en raison inverse de la quantité du lait sécrété. Il est presqu'impossible de réunir ensemble ces deux conditions : un lait très abondant ne peut jamais être un lait riche, et il en est un peu pour les vaches comme pour les femmes. On sait dans le public que les nourrices intarissables, dont le lait coule tout seul, ont souvent un lait clair, peu nourrissant ; tandis que celles qu'on accuse d'être mauvaises nourrices parce que "ça ne se voit pas" sont souvent les meilleures, leur lait est plus rare mais plus fort.

Chaque race possède, au point de vue de la production du lait, sa manière d'être avec des avantages et des inconvénients qui lui sont spéciaux et qui se compensent d'une race à l'autre. L'idéal serait, tout en tenant compte des qualités distinctives de chaque race, de constituer une étable qui donnera un lait de composition moyenne, assez riche en beurre, assez pauvre en caséine, pour être à la fois suffisamment nourrissant pour les adultes, et mis à la portée du pouvoir digestif des enfants. (Mauchamp.)

A part la race, il faut tenir compte de l'alimentation et de l'âge de la vache, de sa castration, de l'époque du vêlage, de la saison et de l'hygiène observée au moment de la traite, etc.. Entre des vaches de même race et avec la même alimentation on constate des différences considérables dans la richesse du lait en graisse. Le meilleur âge est 5 ou 6 ans parce que c'est le moment de la vie des vaches, surtout après le 3ème veau, où l'activité mammaire est la plus grande. La castration rend le lait plus riche peut-être, plus abondant en même temps, et prolonge la durée de la lactation. La traite du soir est plus riche que celle du

matin qui contient beaucoup moins de matériaux fixes, de beurre surtout. Le beurre est plus abondant à la fin qu'au commencement de la traite.

Pour avoir du lait sain il faut s'assurer d'abord que les vaches sont saines ; c'est la plus élémentaire des précautions. Puis s'occuper de la race, des dispositions individuelles et de l'alimentation. Le régime alimentaire de la vache a une grande influence sur la quantité et la qualité du lait. Les animaux doivent être bien nourris. Bien nourrir ne veut pas dire suralimenter. Il ne s'agit pas de donner aveuglément d'abondants aliments, il faut soumettre les vaches à un régime raisonné et scientifique, sagement combiné, renfermant des éléments nutritifs en quantité suffisante. La meilleure nourriture doit se composer de foin sec, de gros son, de betteraves, de blé d'Inde, d'orge et de grains divers. On ne fera pâturer les vaches que dans le but de leur faire prendre un exercice modéré et de les faire vivre à l'air, ce qui vaut mieux pour la santé des vaches et la qualité du lait que la stabulation permanente des villes. Les vaches devront avoir vêlé depuis quinze jours au moins. On évitera autant que possible les fourrages verts et les aliments aqueux et fermentés qui donnent un lait moins riche en principes nutritifs. Enfin il est de nécessité absolue que les bêtes soient approvisionnées d'une bonne eau potable.

Les femelles laitières soumises à la stabulation, même dans les meilleures conditions hygiéniques, sont exposées à contracter la tuberculose. Si les étables sont mal tenues, cette affection se propage très vite. C'est pour cette raison que l'étable doit être vaste, largement éclairée, aérée et ventilée, disposée de manière à ce que chaque animal soit séparé de son voisin par une stalle complète et jouisse d'une surface et d'un cube d'air suffisants (20 à 27 mètres cubes d'air par animal). Le service et le nettoyage doivent y être faits sans difficultés. L'air sera pur, vif,

plutôt frais que chaud. Le sol sera dur, ferme, imperméable et incliné. Le fumier sera enlevé souvent et porté à distance ; la litière sera renouvelée tous les jours, le sol de l'étable et les vaches seront tenus à l'abri des souillures, les parois de l'étable seront blanchies à la chaux 1 à 2 fois par année, et la température de l'étable ne dépassera pas 16°C.. S'il y avait des animaux malades il faudrait les isoler des autres. Le grenier à fourrage sera complètement séparé de l'étable pour éviter les émanations qui imprègnent si facilement les fourrages.

Il ne suffit pas qu'une vache soit saine et parmi des animaux sains, qu'elle soit bien nourrie, qu'elle ait de bonne eau, que son étable soit bien tenue ; il faut aussi qu elle soit lavée, nettoyée, étrillée et brossée tous les jours, comme on le fait pour un cheval. Ces précautions sont d'absolue nécessité pour la bonne qualité du lait. On sait en effet que les pis des vaches, salis par la litière et les mains maculées des personnes chargées de la traite, sont autant de causes d'altération ultérieure du lait.

Voici les conseils donnés par Mr. le Dr Smester sur la manière de bien traire : "Après avoir bien nettoyé les vaches, lavé " le pis à l'eau tiède, puis à l'eau boriquée saturée, le trayeur, " avec des mains lavées au savon, puis à l'eau boriquée, dispose " le sceau émaillé sous les trayons et n'enlève le couvercle qu'à " ce moment. Ensuite il prend de chaque main un trayon de " telle manière que *jamais ses mains ne touchent au lait* qui tom- " be directement dans le vase émaillé ; quand il a fini de traire, " il recouvre immédiatement le seau. Cela fait, sans prendre " l'inutile précaution de refroidir le lait, on le porte rapidement " dans la pièce où il doit être mis en flacon. Pour ce faire, on le " prend dans le seau avec un vase émaillé ou en porcelaine sté- " rilisé ; on emplit le flacon jusqu'au goulot et on laisse tomber " dans l'ouverture un bonchon de verre lourd qui chasse le sur- " plus du lait par son propre poids. Préparé de cette façon, pro-

" duit par des vaches bien nourries et bien soignées, le lait arr-
" ve à la bouche des nourrissons sans avoir été touché une seule
" fois par une seule main."

En attendant que les laitiers et les paysans soient obligés de se conformer à cette manière de traire, il faut leur demander et leur enseigner la propreté. On leur conseillera de laver et de désinfecter le pis et les trayons à l'eau carbonatée tiède, de se laver les mains à l'eau carbonatée tiède ou mieux à l'eau boriquée, de rejeter le premier jet du lait de la traite pour chaque trayon parce que c'est celui qui contient les bactéries, de recueillir le lait dans des seaux émaillés et sans angles, préalablement lavés à l'eau bouillante et à l'eau carbonatée faible et de recouvrir de suite au moyen d'un couvercle très propre. Il est bien entendu que si on ne peut traire la vache en dehors de l'écurie, afin d'éviter la souillure du lait par l'atmosphère, on aura soin de le faire dans une étable bien tenue. Le lait recueilli de cette façon n'a pas besoin d'être filtré à travers des couloirs ou passoires qui ne servent souvent qu'à masquer la saleté du lait.

Aussitôt la traite finie, le récipient bouché sera porté à la laiterie, c'est-à-dire dans une pièce spécialement aménagée et complètement isolée. Jamais le lait ne doit rester dans des récipients découverts surtout dans les pièces communes où se font toutes les opérations du ménage, et où les poussières et les mouches peuvent s'y déposer avec les germes qu'elles transportent.

Le préjugé vulgaire qui veut que l'on donne du lait de la même vache est irrationnel et même parfois dangereux, car le lait d'une seule et même vache peut varier suivant un très grand nombre de circonstances et présenter dans sa composition de trop grandes oscillations ; le mélange du lait de plusieurs vaches donnera, au contraire, une composition moyenne salutaire peu variable. On ne songe pas dans le public que préférer le lait d'une seule vache, c'est faire dépendre la santé de l'enfant de la santé

même de la vache, des différents troubles qu'elle peut ressentir tels que menstruation, indisposition, frayeur, alimentation par hasard défectueuse ou mauvaise etc., et qui influent sur la qualité et la quantité des substances constitutives du lait. L'on peut d'autant mieux affirmer cette nécessité de mélanger les laits de toute une étable que grâce aux mesures préventives qui ne peuvent tarder à être prises en ce qui concerne la santé des vaches, les animaux tous sains et éprouvés par la tuberculine ne risqueront plus de contaminer toute la traite.

Il est rare en pratique que le lait passe ainsi du pis de la vache dans l'estomac de l'enfant. Il s'écoule presque toujours, entre le moment de la traite et le moment où l'enfant boit ce lait, un temps assez considérable pendant lequel le lait est transporté cahoté, transvasé et exposé à des modifications coupables. Les plus dangereuses de ces manipulations sont le mouillage et l'écrémage qui enlèvent au lait sa valeur nutritive, et conduisent à la débilitation prématurée des enfants par suite d'insuffisance de l'alimentation. Le mouillage ajoute au lait une eau souvent impure qui peut être cause d'infections variées chez les petits enfants.

Pour masquer le mouillage et l'écremage, et éviter ainsi la coagulation du lait, on y ajoute du carbonate de soude, de l'acide borique, du borax, de l'acide salicylique, de la chaux vive, de la formaline etc.. Toutes ces sophistications ont pour but la conservation plus longue du lait, de lui permettre de résister à toutes les influences atmosphériques sans jamais tourner.

Quels que soient les moyens chimiques employés pour la conservation du lait, il faut en défendre l'emploi. Les Conseils d'Hygiène d'Europe admettent que le lait ne doit être additionné d'aucune substance étrangère, de nature minérale ou organique. Seuls les réfrigérants sont utiles pour le transport du lait, sans prétendre du reste à constituer un moyen de stérilisation ;

il en est de même de la simple pasteurisation vers 60°C. en une seule fois comme on le fait pour le vin et la bière.

Pour terminer cette esquisse des conditions de production et de distribution d'un lait salubre nous aimerions à faire le souhait suivant : Afin que l'hygiène du lait soit bien comprise et mise en pratique, il serait bon que cet enseignement soit donné dans les écoles de la campagne pendant la dernière année d'études des garçons et des filles. L'industrie laitière y trouverait son profit ; on ferait œuvre patriotique en distribuant à chaque fermier un vade mecum, un guide clair, court et précis où l'intéressé pourrait s'instruire sur tout ce qui concerne les obligations hygiéniques auxquelles doivent se soumettre les producteurs de lait et les éleveurs laitiers.

L'administration protège bien les citoyens contre l'eau et l'air vici[illegible] [illegible]us ne voyons pas pourquoi elle ne les protégerait pas aussi [illegible]ement contre le lait insalubre que tout le monde boit, et sur[illegible]t les enfants, qui sont l'avenir du pays.

CONSERVATION DU LAIT PAR LA STÉRILISATION

Ce lait recueilli avec les précautions ci-haut nommées sera-t-il donné aux enfants cru et sans autres précautions ? Nous répondons immédiatement non.

Théoriquement, si l'on recueillait le lait d'une vache saine d'une manière aseptique, le lait ne devrait pas être souillé et par conséquent pas se corrompre. Mais c'est un idéal irréalisable ; on ne pourra jamais, en pratique, recueillir un lait parfaitement stérile. Même en admettant que l'on pourrait consommer le lait au fur et à mesure de sa récolte, ce qui est pratiquement impossible, il ne serait pas prudent de le donner cru aux enfants. Tout d'abord, le risque des germes pathogènes provenant d'un animal malade n'est jamais complètement écarté ; en outre une contagion quelconque peut se transmettre sans que le vétérinaire en

soit averti, la traite et la récolte aseptiques, du lait sont difficiles à obtenir, et enfin la conservation du lait pendent longtemps, sans coagulation sous l'influence de la fermentation lactique est impossible pendant les chaleurs. Le lait cru devenant un aliment très dangereux pour les nourrissons, par suite de son altération, il faut trouver un moyen pratique d'empêcher le lait de fermenter, de s'altérer, de se corrompre et de transmettre les maladies infectieuses. Les moyens chimiques employés sont nuisibles ; les moyens mécaniques tels que la centrifugation et la filtration n'enlèvent que les souillures grossières du lait et non les microbes. Il reste donc les moyens physiques.

Le refroidissement et la congélation ne débarrassent pas le lait des microbes, ils ne font que retarder sa corruption.

Comme dans tous ces procédés les bacilles ne sont pas détruits mais retrouvent leur vitalité dès que le lait n'est plus soumis à ces conditions conservatrices ; comme, d'autre part, le lait que doit prendre un nourrisson ne doit pas contenir de microbes, il faut s'adresser à un autre moyen de conservation. Et le seul moyen efficace et pratique tout à la fois c'est l'emploi de la chaleur. On peut employer la chaleur de 3 manières : ébullition simple à l'air libre, pasteurisation, et enfin stérilisation complète par chauffage à la température du point d'ébullition ou à une température supérieure mais sans ébullition.

L'ébullition à l'air libre est le procédé communément employé pour empêcher que le lait tourne. Il est constaté, par les expériences de MM. Richet et Duclaux, que le lait bouilli se digère au moins aussi bien que le lait cru et qu'il est aussi nutritif. Il se peut que la différence de volume entre le lait bouilli et le lait cru soit assez grande, mais comme la composition du lait bouilli ne s'en ressent pas, d'après M. Duclaux, c'est un signe qu'il y a compensation entre la perte de l'eau et celle des matières solides.

En supposant que l'ébullition aurait certains inconvénients tels que perte du goût sucré, perte d'eau et par suite condensation des matières grasses avec séparation de la crème, et digesbilité plus difficile pour certains estomacs, ces inconvénients ne sont pas assez sérieux pour faire prohiber ce moyen facile de conservation et de défense contre les microbes du lait, bien que ce soit un pis-aller. Depuis longtemps on avait constaté que les enfants nourris au lait bouilli résistaient mieux à l'allaitement au biberon que les enfants nourris au lait cru.

L'ébullition du lait, quel qu'il soit et quelle que soit sa provenance, est une nécessité de pratique courante, faute de mieux. Souvent c'est une épreuve pour le lait d'apparence saine mais infecté par les microbes et arrivé au dernier degré de l'incubation, comme l'est la plupart du temps le lait du commerce. Il suffit en effet que l'ébullition vraie et précoce, c'est-à-dire peu de temps après la traite, se continue pendant 3 à 5 minutes pour que le lait soit surement privé des ferments lactiques et des microbes pathogènes. Si, au contraire, on fait bouillir le lait 10, 15 ou 20 heures après la traite (Marfan), les saprophytes du lait ont alors envahi le liquide, surtout en été, et ce lait est l'origine de beaucoup de gastro-entérites.

2° *Pasteurisation*. Ce procédé consiste à porter pendant 20 à 30 minutes le lait entre 70° et 80°c. puis à le refroider brusquement à 10° ou 12°c.. Si, à la façon de l'ébullition, la pasteurisation est une précaution bonne à prendre pour ceux qui ne font pas usage de lait stérilisé, il ne faut pas en conclure que c'est le meilleur procédé d'allaitement artificiel des nourrissons. *Il a été constaté que la pasteurisation est une méthode incomplète comme résultat, incertaine et variable comme effets. Le lait pasteurisé ne se conserve que peu de temps, et l'on n'est pas toujours sûr d'avoir détruit tous les ferments lactiques* (Marfan).La *pasteurisation permet de détruire certains microbes pathogènes.*

surtout celui de la tuberculose, si elle est bien faite, et aussi *les ferments du sucre de lait*, si elle est suffisamment prolongée, mais *elle laisse survivre dans le lait un grand nombre de germes et des ferments de la caséine en particulier.* (G. Lyon).
" Au point de vue de la purification, dit M. Marfan, on ne peut
" lui accorder qu'une médiocre confiance. Quant à l'absence d'al-
" tération c'est une chimère. Le lait pasteurisé a le même goût
" mais un peu moins prononcé que celui du lait stérilisé.
" Je ne crois pas que le lait pasteurisé puisse rendre les services du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel ".

Enfin, le fait d'exiger des appareils compliqués et de ne donner que des résultats incomplets nous force à conseiller, plutôt que la pasteurisation, la simple ébullition à l'air libre, si l'on veut avoir une stérilisation approximative d'un lait sain destiné à être consommé de suite.

Stérilisation proprement dite

Parmi tous les procédés de conservation et de stérilisation du lait, le chauffage à 100°c. et au-dessus en vase clos, aussi bien industriel que privé, doit être étudié avec soin sous le rapport théorique et dans ses applications pratiques. Bien que cette méthode soit délicate dans son application et exige beaucoup de soins, ses résultats sont supérieurs aux autres modes, ainsi que nous le verrons. C'est une conviction basée sur mon expérience personnelle.

Dans la stérilisation du lait on peut avoir en vue deux buts principaux : 1° Si l'on cherche la simple destruction des microbes pathogènes dans un lait qui doit être consommé le jour même de la traite, on recourra à un chauffage ne dépassant pas 100 o/o c : c'est la stérilisation à domicile ou relative. 2° Si l'on poursuit la destruction totale de tous les bacilles et ferments du lait afin de conserver ce liquide un temps assez long, il fau-

dra recourrir à un chauffage atteignant la température maxima de résistance des saprophytes : c'est la stérilisation absolue à l'autoclave ou industrielle.

1°. *Stérilisation du lait à domicile :*

Cette stérilisation, nous l'avons dit, s'obtient par le chauffage au bain-marie du lait frais et pur en vase clos, et la température d'ébullition est atteinte par le liquide (lait) sans que cette ébullition se produise. On évite ainsi les changements moléculaires que présente le lait bouilli, et les microbes pathogènes et les saprophytes du lactose sont détruits sans que la composition du liquide ait à en souffrir. (Mauchamp).

Le procédé peut se résumer ainsi : On se sert de petites bouteilles graduées de contenance variable suivant l'âge de l'enfant et dont chacune contient la quantité de lait nécessaire pour une tétée. On dispose ces bouteilles dans un porte-bouteilles qui est lui-même placé dans une marmite ou bain-marie fermé. L'eau du bain-marie atteindra le niveau du lait des bouteilles et sa température sera élevée jusqu'à l'ébullition que l'on maintient pendant 40 à 45 minutes. Le temps écoulé, on bouche avec des bouchons de caoutchouc ou de liège préalablement bouillis, et on met au frais. L'heure du repas de l'enfant étant arrivé, on fait tiédir une bouteille dans l'eau chaude, on goûte, on coiffe d'une tétine préalablement bouillie et on donne à boire à l'enfant.

2° *Stérilisation absolue du lait. Procédés industriels :*

Voici en quoi elle consiste d'après Mr. Mauchamp :

"Immédiatement après la traite, le lait est réparti dans des
" bouteilles portées aussitôt à l'étuve et soumis pendant quel-
" ques minutes à l'action dela vapeur d'eau sous pression de plu-
" sieurs atmosphères afin d'atteindre une température de 110°c..
" Les bouteilles sont bouchées avant ou après la traite par un
" mode de bouchage plus ou moins compliqué, bouchage au lié.

" ge et à la paraffine, de façon que les bouchons, parfaitement
" aseptiques, ferment hermétiquement la bouteille. "

Convaincu de la supériorité, comme résultat pratique, de la stérilisation du lait sur tous les autres procédés d'alimentation artificielle connus jusqu'à aujourd'hui, nous venons ici apporter notre quote-part en sa faveur. L'expérience journalière nous a prouvé que bon nombre d'enfants atteints d'infection digestive aiguë et chronique, même d'un léger degré d'athrepsie à la suite de l'usage du lait de vache cru, ont repris vigueur, ont recouvré la santé et un poids normal à la suite de l'usage du lait de vache stérilisé à domicile. Ceux que cette modification de régime n'a pu sauver ne peuvent être une preuve contre la méthode. Ils nous font supposer que les organes digestifs étaient tellement altérés qu'aucune autre méthode, à part le sein, ne pouvait avoir raison de la maladie.

Au point de vue de l'allaitement artificiel deux points essentiels dominent tous les autres avantages de la stérilisation et suffisent à eux seuls à lever toutes les hésitations. 1° La stérilisation fait subir à la caséine du lait de vache une modification moléculaire qui la rend plus assimilable, 2° elle supprime tout danger d'infection par le lait.

Les objections plus ou moins ingénieuses, plus ou moins fondées que l'on a cru pouvoir tirer de la stérilisation, surtout industrielle, peuvent se résumer aux suivantes : 1° La stérilisation n'est pas toujours parfaite, n'empêche pas toujours le lait de se corrompre et par suite ne donne pas de sécurité. 2° Les hautes températures changent la saveur du lait, altèrent la constitution chimique de ses principes, caséine, lactose, beurre, sels et par suite le rendent indigeste ou diminuent ses qualités nutritives. 3° Le lait industriel parfaitement stérilisé ne se conserve pas indéfiniment avec ses caractères normaux ; même sans altérations microbiennes il subit à la longue des modifications portant

surtout sur la matière grasse. 4° Le lait stérilisé dégoûte les enfants, et amène tôt ou tard le scorbut.

1° Le premier reproche n'est fondé que pour quelques bouteilles dont le lait se coagule et présente des ensemencements fertiles et non pour la majorité. La meilleure précaution à prendre est de consommer le lait le plus tôt possible après l'action de la chaleur, de rejeter toute bouteille dont le lait est caillé, dont l'odeur est désagréable, dont la saveur est aigre ou amère. Le lait ne doit avoir que le goût de cuit.

2° Reproche. Les résultats cliniques ont fait justice de la croyance que la stérilisation détruisait certains ferments du lait utiles à la digestion, ou qu'elle privait le lait de ses gaz dissous. Les reproches que la stérilisation diminue la digestibilité et la valeur nutritive du lait ne sont justifiés ni par la clinique ni par l'expérimentation. Les statistiques prouvent partout que ce lait est parfaitement toléré et assimilé même par les nouv. au-nés. La digestion étant un acte complexe qui dépend de l'état de l'appareil digestif et de la valeur des aliments ingérés, il s'ensuit que la première condition pour qu'un aliment soit attaqué par les sucs digestifs, c'est qu'il soit tellement divisé qu'il puisse facilement être mis en contact intime avec le liquide qui doit agir sur lui. Or il est constaté expérimentalement que le caillot du lait stérilisé, formé dans l'estomac des nouveau-nés sous l'influence de la présure ou lab-ferment, est plus fin, plus homogène que celui du lait cru et bouilli. C'est ce qui fait que le lait stérilisé est plus facile à digérer. "Au reste, dit Mr Pochon, il est un ar-
" gument qui à lui seul vaut tous les autres : *on a remarqué que*
" *les dyspepsies infantiles ont sensiblement diminué depuis la*
" *vulgarisation du lait stérilisé.*

L'examen macroscopique des selles répond très simplement aux objections concernant l'indigestibilité : les selles sont en général un peu moins colorées et plus dures que [illegible] les enfants

au sein, mais présentent rarement des débris de lait coagulé indiquant une mauvaise digestion ; on ne constate pas non plus d'odeur fétide provenant des fermentations intestinales. Toutes les fois que les selles sont anormales, il doit exister chez les enfants une maladie du tube digestif antérieure à l'emploi du lait stérilisé. Les courbes fournies par les pesées des enfants démontrent d'une manière irréfutable que l'assimilation se fait bien.

3e *Reproche.* Pour remédier à ce reproche, il est préférable, même si le lait est convenablement conservé, de ne pas faire consommer aux enfants du lait déjà ancien. S'il y a séparation importante de la crême on refusera la bouteille.

4e *Reproche* La saveur du lait stérilisé, désagréable pour les adultes, est indifférente aux nourrissons dont le sens du goût est peu développe. L'enfant ne refuse pas plus longtemps le lait stérilisé qu'il ne repousse le lait cru après le lait de femme, ou le lait de femme lui-même lorsqu'on change de nourrice. Bien plus souvent l'enfant habitué au lait stérilisé en accepte difficilement un autre, même le lait de femme.

Quant au reproche de produire du scorbut, reproche mis en avant surtout par les Drs Jacobi, Holt, Northrup, Star et Lee des Etats-Unis, il faudrait peut être incriminer plutôt les fautes de diététique ou de technique et surtout comme le dit Mr. W. B. Cheadle, *l'abus des farineux.* D'ailleurs, en supposant qu'il y aurait quelques cas de ce genre, ils ne peuvent pas prévaloir contre l'expérience du plus grand nombre des observateurs.

La stérilisation du lait à domicile a été proposée pour éviter les reproches adressés à la stérilisation absolue, à la pasteurisation et à l'ébullition. La stérilisation relative à 100 o/o c., au bain marie fermé, laisse substiter, il est vrai, un certain nombre de germes du lait et ne détruit pas les spores des ferments de la caséine, mais ceci n'a pas d'inconvénients si le lait est frais, bon

et pur, stérilisé peu de temps après la traite, et consommé dans les 24 heures. " Cette stérilisation pratique aux en-
" virons de 100° c, dit M. Chavane, n'a la prétention de
" s'appliquer qu'à la provision du lait faite chaque jour
" *pour l'enfant : elle met le lait à l'abri des germes de l'atmos-*
" *phère qui peuvent l'infecter, détruit les microbes pathogènes et arrête*
" *les fermentations qui pourraient se produire en attendant la tétée.*
" Mais il n'y a aucune sécurité si on conserve ce lait. "

" Le but que l'on veut obtenir, dit Mr Jacobi de New-York,
" (Congrès de Paris 1900), en chauffant le lait à 100° c. et plus,
" c'est de détruire les germes de la fièvre typhoïde, du choléra
" asiatique, de la diphtérie et de la tuberculose, le staphyloco-
" que, le streptocoque, le bacille ærogne, les nombreux au-
" tres germes qui transforment le sucre de lait en acide-lactique,
" et tous les germes qui augmentent la virulence des saprophy-
" tes intestinaux appartenant surtout aux variétés proteus et
" coli. En agissant ainsi on prévient de nombreux cas de gas-
" tro-entérite, néphrite, dégénérescence du foie et du pancréas,
" de pneumonie et d'otite, tous troubles qui surviennent à la
" suite des troubles intestinaux, sans l'intervention la plupart du
" temps sinon toujours du courant sanguin qui contient rare-
" ment des bacilles. "

Dans une question aussi importante que celle de l'alimentation des nourrissons, il ne s'agit pas de savoir si le lait de vache, qui n'est pas pour l'enfant un aliment naturel, a été plus ou moins modifié par la stérilisation, mais si, oui ou non, il peut remplacer, lorsqu'il le faut, le lait de femme. Or, on a constaté que dans la première année, le poids des enfants nourris avec du lait stérilisé augmente moins vite que le poids des enfants au sein ; mais vers la fin de cette première année, les enfants au lait stérilisé arrivent au même poids que les autres (Caméra et Malièvre).

La stérilisation industrielle et la stérilisation à domicile sont bonnes toutes les deux à la condition que *le lait soit soumis à l'action de la chaleur presque tout de suite après la traite, et que le lait soit consommé le plus tôt possible après l'action de la chaleur.*

Le choix du procédé variera suivant les circonstances. *Si l'on peut se procurer du lait offrant toutes les garanties désirables et le soumettre à l'action de la chaleur quelques instants après la traite, on emploiera la stérilisation dans des flacons séparés au bain-marie fermé et le lait sera consommé dans les 24 heures.*

Si on a des doutes sur la provenance du lait et si on ne peut le soumettre à l'action de la chaleur que plusieurs heures après la traite, il faut se servir de la stérilisation industrielle ou l'autoclave à l'endroit de la source du lait. Ce lait se conserve bien pendant plusieurs jours. (*Mauchamp.*)

Quant à l'administration du lait stérilisé pur ou coupé d'eau bouillie sucrée, il est de pratique courante qu'aucun parti pris absolu ne doit exister chez le médecin en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux méthodes ou contre elles ; il faut tirer parti de toutes les ressources de l'hygiène et de la diététique de l'allaitement. Ainsi, par suite de susceptibilités individuelles qu'il faut savoir dépister dès le début de l'allaitement artificiel, il est nécessaire, chez certains enfants, de couper le lait stérilisé avec une faible quantité d'eau sucrée bouillie. "Certes, dit M. Budin, les " nouveau-nés eux-mêmes supportent généralement bien le lait " pur : *pourtant il faut bien se garder d'affirmer que, dans les " deux premiers mois de la vie surtout, le lait devra toujours invariablement être administré non mélangé d'eau.*" " De même qu'on voit, dit M. Comby, des enfants ne pas supporter certains laits de femme trop nourrissants, de même ils " pourront ne pas tolérer certains laits de vache trop chargés en " beurre ou en caséine, trop forts pour leur estomac."

Mr Variot fait diluer le lait stérilisé d'un tiers d'eau bouil-

lie jus'qu'à la 8me semaine. A ce moment la capacité de l'estomac ayant triplé depuis la naissance, l'activité des sécrétions gastro-intestinales est suffisante pour digérer sans inconvénients le lait stérilisé non dilué.

M. Marfan préconise au contraire le coupage par moitié les 7 premiers jours de la vie, puis le tiers d'eau bouillie sucrée à 10 o/o et ⅔ de lait jusqu'à 4 ou 5 mois, et enfin lait pur sucré à 2 o/o à partir du 5ème ou 6ème mois. " Dans ces conditions, " dit Mr Marfan, on réduit la proportion de caséine du lait de " vache de façon qu'elle devienne à peu près égale à celle du lait " de femme, il n'y a ni constipation, ni diarrhée, ni vomisse- " ments. Les matières fécales sont plus molles, plus jaunes qu'a- " vec le lait pur, sans être semblables toutefois à celles des en- " fants au sein. Le seul reproche dont cet aliment soit passible, " c'est que les enfants qui s'en nourrissent n'augmentent pas de " poids aussi vite que les enfants élevés au sein. Mais ce retard " est vite rattrapé grâce à l'intégrité du tube digestif quand " l'âge vient où l'on peut sans inconvénient donner du lait pur." Puis il ajoute : " Si les matières ne sont pas tout à fait natu- " relles, si l'augmentation de poids n'est pas tout à fait normale, " cela tient au déficit en beurre que l'excès de lactose ne peut " compenser

Ce déficit en beurre, admis par les partisans du coupage, est le grand inconvénient sur lequel on se fonde pour donner du lait pur. "Puisque la physiologie de l'enfant au sein nous apprend, " dit-on, qu'un excès de graisse est nécessaire pour l'accomplis- " sement d'une digestion normale, et puisque le lait de vache " est déjà moins riche en graisse que le lait de femme, il y a un " grand inconvénient à l'appauvrir encore par le coupage."

" La constipation vraie n'est pas habituelle chez les nour- " rissons alimentés au lait stérilisé pur, dit M. Mauchamp. Elle " se remarque chez eux comme chez beaucoup de ceux qui tet-

" tent le lait de femme, et nous n'avons qu'à rappeler le grand " nombre d'enfants allaités par leur mère qui ont à souffrir, par-" fois obstinément, de cet accident malgré toutes les précautions " d'hygiène alimentaire prises par les nourrices."

S'il est vrai que leurs selles sont plus rares et plus fermes de consistance que normalement, cela ne les empêche pas de prospérer, sans coliques. Il est exceptionnel qu'une constipation véritable et inquiétante survienne et nécessite un changement de régime. Quant aux chairs molles et pâles, au ventre gros et flasque que l'on reproche au lait stérilisé, surtout pur, cela se rencontre même chez les enfants au sein lorsqu'il y a suralimentation, mauvaise diététique, hygiène défectueuse, manque d'air et de lumière, et une foule de circonstances indépendantes du régime. (Mauchamp.)

Nous croyons que la meilleure conduite à tenir en pareille occurrence c'est de couper le lait pendant les deux premiers mois, et alors si l'enfant est bien portant mais n'augmente pas suffisamment de poids, de le mettre immédiatement au lait pur. Cette façon de procéder est un moyen terme acceptable entre des opinions si différentes d'hommes aussi compétents.

Pour couper court à ces opinions contradictoires on a proposé différents procédés industriels de rectification du lait de vache, (lait modifié, lait humanisé, lait maternisé, lait décaséiné et stérilisé). Le lait modifié, formule américaine, est trop compliqué pour être pratique. Tous ces procédés en bloc exigent des manipulations longues et délicates, des connaissances de physiologie et de chimie non à la portée du plus grand nombre. Il est difficile d'avoir ce lait toujours à l'état frais et sa valeur nutritive est très inégale. (Marfan)

D'après tous les résultats obtenus dans les milieux les plus divers, et d'après mes observations personnelles, le meilleur aliment pour les nourrissons, à défaut du sein, sera le lait stérilisé.

(Ce lait fait souvent revivre des petits athrepsiques, des syphilitiques héréditaires). Il est avantageux d'y recourir toutes les fois que, pour une raison quelconque, on sera obligé de recourir à l'allaitement mixte ou même, au sevrage brusque du sein, par suite du défaut de lait. Le lait stérilisé fournit la nourriture quotidienne sans inconvénient pour le nourrisson Cette alimentation mixte (sein et lait stérilisé), même instituée dès le début, donne de bons résultats. Il en est de même pour le sevrage progressif. La suppression brusque du sein en cas de maladie ou de grossesse, même en été, permettra au nourrisson d'éviter ces troubles digestifs plus ou moins graves et tenaces qui accompagnent toujours cette opération si délicate.

Le lait stérilisé a en plus l'avantage de posséder des propriétés curatives vis-à-vis du tube digestif. Il m'a été donné de constater souvent la disparition, en quelques jours, de la diarrhée et des vomissements à l'aide de l'emploi du lait stérilise, que ces symptômes proviennent d'affections gastro-intestinales d'origine alimentaire, ou de la mauvaise qualité du lait de femme ou de vache. Les enfants, nourris au lait stérilisé, par une mère intelligente, soigneuse et attentive, ont rarement de la diarhée grave ; les phénomènes d'intoxication gastro-intestinale sont généralement modérés.

De l'enquête faite en Europe et aux Etats-Unis et de ma pratique personnelle il résulte que le lait stérilisé n'est pas une panacée, car dans les cas graves et trop avancés des affections digestives, lorsque l'intolérance pour les aliments est devenue absolue, il peut rester sans effet comme agent thérapeutique. Mais il est incontestable que c'est un aliment artificiel préférable à tous les autres en même temps qu'un médicament supérieur aux autres dans tous les troubles digestifs du nourrisson. Il agit d'abord contre le vomissement, puis la fétidité de l'haleine et des selles, enfin contre la diarrhée.

L'alimentation par le lait stérilisé semble rétablir, ranimer l'activité assimilatrice des nourrissons retardés dans leur croissance. et assurer la régularité de la nutrition. Ainsi j'ai remarqué quelques fois que le lait stérilisé, au bout d'un certain temps, redonnait à l'organisme débilité une nouvelle puissance fonctionnelle qui lui faisait recouvrer le taux d'accroissement précédant la maladie. Or, il a été maintes fois constaté en pratique qu'aucun autre aliment ne pouvait donner pareil résultat.

Pour avoir de bons résultats de l'usage du lait stérilisé, il faut se résigner à des précautions multiples, se soumettre à des exigences sévères; il faut s'attendre à avoir de la peine et à être un peu esclave de son devoir ; enfin il faut suivre certaines règles d'hygiène alimentaire indispensables, dont la première est de ne pas donner à l'enfant une quantité de lait supérieure à celle que son estomac peut digérer. C'est affaire de tâtonnement et si l'on prend garde, on s'aperçoit bien vite que la plupart des désordres gastro-intestinaux sont dus à des excès de nourriture. Pour faire cesser tous ces accidents, il suffit souvent de ramener la quantité de lait ingéré à la proportion normale.

En voulant éviter la suralimentation il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et ne pas donner assez. Sauf dans les premières semaines. pendant lesquelles il faut suivre exactement les graduations conseillées par les auteurs, il vaudra mieux donner un peu plus que pas assez, en se guidant sur le poids de l'enfant et sur l'état de ses fonctions intestinales. L'enfant doit toujours être suffisamment nourri, car la ration d'entretien ne saurait lui suffire ; il lui faut encore une ration supplémentaire de croissance exigée par son développement. (Mauchamp) "La ration de l'en-
" fant, dit Mr Gillet, reste inversement proportionnelle à l'âge,
" puisque la croissance montre une activité d'autant plus grande
" que l'enfant est plus jeune".

La quantité de lait à donner à chaque repas est tout aussi

importante à déterminer que sa qualité. Il ne faut pas oublier que la graduation des tétées doit être en rapport exact avec le développement normal de l'estomac, surtout dans les premiers mois de la vie. En pratique, on a fixé approximativement la capacité physiologique moyenne de l'estomac pendant les premiers mois et on charge le biberon en conséquence sans se préoccuper des désirs immodérés exprimés par les enfants. On recherche le poids total du lait ingéré dans les 24 heures par un nourrisson au sein bien portant, on divise par le nombre de tétées, on tient compte de la densité du lait et on obtient ainsi la capacité volumétrique de l'estomac.

Les quantités de lait à donner ne sont pas les mêmes pour l'allaitement au sein et l'allaitement artificiel ; elles varient avec le lait de vache cru ou bouilli et le lait stérilisé, et suivant qu'on coupe le lait ou qu'on le donne pur. Pour le lait stérilisé donné pur, les chiffres des quantités journalières ne diffèrent pas beaucoup parmi les auteurs ; il n'y a que les quantités par tétées qui peuvent varier suivant le nombre des tétées.

Arrêter définitivement une table graduée fixant les quantités de lait à donner en 24 heures, le nombre des repas et par conséquent la dose d'aliments qu'il convient de donner pour un repas, c'est une chose impossible.

S'il est vrai que les quantités gravitent autour d'un chiffre correspondant à l'âge de l'enfant, il est vrai aussi que la capacité gastrique varie suivant le poids de l'enfant et sa taille ; il est vrai qu'il existe des susceptibilités individuelles, des conditions de santé générale, un état du tube digestif, et une foule de considérations secondaires, dont la principale est la courbe des pesées faisant tout varier, la quantité de lait à donner par tétée et par jour

L'enfant qui vient de naître ne manifestant d'appétit que 12 ou 15 heures après la naissance, on le laissera tranquille pen-

dant la première demi-journée de sa vie sans lui donner ni lait ni eau sucrée. Au bout de 12 à 15 heures, alors que l'enfant se sera débarrassé du méconium, de l'urine et des glaires, on lui fera prendre, comme premier repas, un mélange d'une cuillerée à thé de lait stérilisé et d'une cuillerée à thé d'eau bouillie sucrée; le tout stérilisé ensemble ; 3 heures après on donnera une cuillérée à dessert de chaque et ainsi de suite toutes les 3 heures pendant la 2me journée. Les jours suivants on coupera le lait de moitié d'eau bouillie sucrée jusqu'au 6 ou 7ème jour, puis ⅔ lait et ⅓ eau bouillie sucrée jusqu'à deux mois, époque à laquelle on donnera du lait pur si l'enfant est bien portant, et digère bien.

Quant à l'intervalle des tétées il vaut peut-être mieux, comme Mr Marfan, les espacer toutes les trois heures contrairement à l'opinion classique qui veut 2 heures ou 2½ heures. Mr Marfan a constaté en effet, par des lavages de l'estomac, qu'il faut environ 3 heures pour la digestion du lait dans l'estomac du nourrisson.

Le réglage des tétées est absolument nécessaire pour la santé et le sommeil de l'enfant, et pour la tranquillité des parents.

Le meilleur biberon c'est un appareil en verre lisse à goulot large, d'un nettoyage facile, sans tube en verre ou en caoutchouc, muni d'une simple tétine en caoutchouc. Ce biberon sera tenu proprement, lavé à l'eau de savon chaude ou avec de l'eau chaude chargée de carbonate de soude, brossé et écouvillonné quand il aura servi ; puis rincé dans l'eau bouillante, et tenu dans l'eau boriquée ou l'eau simplement bouillie. La tétine sera retournée, brossée, rincée à l'eau bouillante et tenue dans de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie.

Le repas de l'enfant ne durera pas plus de dix minutes à moins de circonstances particulières. Jamais le biberon ne devra

être laissé aux mains de l'enfant ; il sera toujours tenu par quelqu'un. S'il reste du lait dans la bouteille on le jetera, on ne s'en servira pas pour un autre repas de l'enfant.

L'allaitement doit être soigneusement surveillé chez les enfants nourris artificiellement. Les signes principaux qui doivent solliciter l'attention de ceux qui sont chargés de cette direction sont l'examen des selles et des urines et l'observation de la courbe des pesées régulières. Ils fourniront les renseignements les plus précis sur l'état de la digestion et de la nutrition et seront les guides véritables de l'allaitement en indiquant si le régime est convenable en qualité et en quantité.

L'insuffisance d'accroissement du poids de l'enfant indiquera qu'il y a erreur d'hygiène alimentaire ou que la quantité de lait doit être augmentée.

L'excès d'accroissemrnt en poids indiquera de la suralimentation à laquelle il faudra rémédier pour éviter l'entérite, la dyspepsie et un arrêt de croissance.

Le lait sera la seule nourriture de l'enfant jusqu'à l'âge de 9 ou 10 mois. A cet âge, on peut commencer à lui donner une bouillie, s'il est sain, s'il n'a pas de troubles digestifs et s'il a au moins 4 incisives. Dans le cas contraire on donnera du lait jusqu'au 12ème ou 14ème mois.

Si la conviction du danger de l'alimentation prématurée est difficile à faire accepter aux parents c'est que, malheureusement, il y a des enfants qui supportent très bien, pendant longtemps, et sans inconvénient, une alimentation grossière. Mais tôt ou tard on constate qu'après une période de prospérité trompeuse, l'enfant commence à maigrir, présente des convulsions, de l'eczéma, de la gastro-entérite, de l'athrepsie, de la dyspepsie, du rachitisme, et de l'entéroptose.

"Bien souvent, dit M. Mauchamp, on a essayé de démon-
" trer que certains aliments solides (Farine Nestlée, Renaux,

" Malted Milk, Mellin's Food etc.,) ne pouvaient pas faire de mal " aux nourrissons, car leur constitution analytique montrait " qu'ils ne renfermaient que des substances utiles à la croissance " de l'enfant. Mais pour apprécier la valeur des aliments, il ne " suffit pas d'en faire l'analyse et de savoir s'ils contiennent les " proportions convenables d'azote, de carbone et d'eau. Bien des " choses échappent au chimiste dont le physiologiste et le méde- " cin sont obligés de tenir compte, et la digestibilité est une qua- " lité faite d'éléments trop complexes pour que la chimie puisse " en décider complètement."

"De tous les aliments qui prétendent remplacer le lait, dit " M. Drouet, il n'en est aucun qui ne soit à la fois inutile et " nuisible."

On admet aujourd'hui que les féculents ne peuvent pas être donnés avant 8 à 10 mois parce que les glandes salivaires et intestinales sont, avant cet âge, impuissantes à saccharifier par leurs sécrétions les substances amylacées. Ces substances ne font qu'irriter la muqueuse et subir des fermentations nuisibles. On dit généralement que le jeune nourrisson ne peut pas plus saccharifier l'amidon qu'il ne peut émulsionner les graisses et peptonifier d'autres albumoïdes que la caséine. Les glandes salivaires ne sécrètent pas une ptyaline suffisamment active, disent les physiologistes, (Bézy, Bitter, Vogel, etc.,) avant le 3e ou 4e mois, mais qui reste très faible, jusqu'à la fin de la première année, par défaut de mastication. Le pancréas n'entre utilement en scène lui aussi que vers le 10e ou 11e mois. Il en résulte que les différentes préparations féculentes doivent être bannies de l'élevage des enfants jusqu'à 10 ou 12 mois; et alors on ne les emploiera qu'en bouillie au lait.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA MATIÈRE GRASSE DU LAIT

PAR

S. CORMIER

Agrégé à l'Université Laval de Montréal.
Médecin des enfants malades de l'Hôpital Notre-Dame.

ET

A. BERNIER

Agrégé à l'Université Laval de Montréal
Chef du Laboratoire de l'Hôpital Notre-Dame. (1)

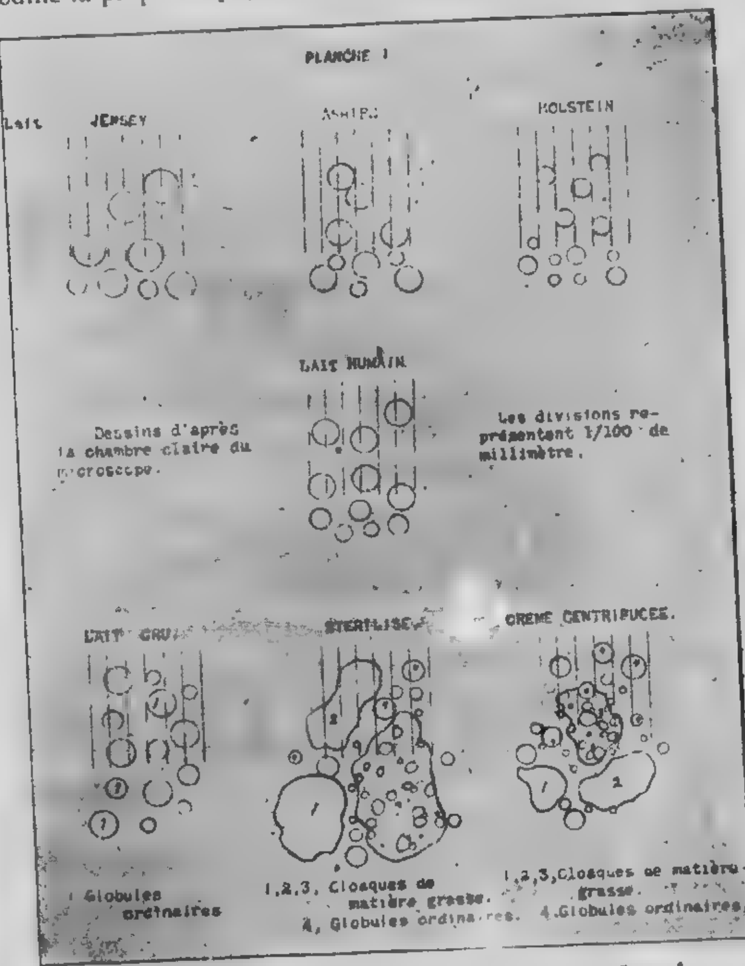
Le travail que je présente devant ce Congrès n'est pas une étude complète de la matière grasse du lait. [illegible] suis borné à chercher la différence qui existe dans les [illegible] de matière grasse du lait chez quelques races de vaches, à faire une comparaison entre les globules gras du lait humain et ceux du lait de vache, à indiquer les altérations que la stérilisation et la centrifugation du lait font subir aux globules gras, et, enfin, à établir les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude.

Certains auteurs donnent le nom de "cellules" aux globules de la matière grasse du lait ; mais je crois que le nom de globule convient mieux, car le mot cellule implique l'idée d'un noyau qui ne s'y trouve pas, et d'une membrane d'enveloppe qui est niée par un bon nombre de ceux qui ont écrit sur ce sujet. Je ne citerai en passant que quelques arguments pour et contre l'existence de cette membrane.

Quincke est arrivé à la conclusion que chaque globule de matière grasse du lait est entouré d'un enduit d'une solution de

(1) M. le Dr Bernier a bien voulu fournir sa bienveillante collaboration, surtout dans les recherches microscopiques qu'a nécessitées ce travail.

caséine au moyen de l'attraction moléculaire, ce qui empêche les globules de s'unir les uns aux autres ; alors tout agent qui modifie la propriété physique de la caséine contribue à laisser



s'échapper la matière grasse. . . D'un autre côté Storch a démontré que le globule est enveloppé par une substance mucoïde spéciale, que cette substance est très insoluble, quelle contient une substance réduisante en bouillant avec l'acide chlorhydri-

que. Storch a pu même colorier cette substance. Les globules de matière grasse du lait se divisent en trois groupes : les gros, les moyens et les petits.

Dans cet exposé, les recherches microscopiques ont surtout porté sur les gros globules provenant du lait des vaches Jersey, Ashire et Holstein, trois variétés assez connues dans le pays et dont le rendement en beurre est bien déterminé par l'expérience agricole. La vache Jersey donne un lait excessivement gras, mais en revanche il est en petite quantité ; la Ashire fournit une bonne moyenne de lait et de beurre, tandis que la Hosteina est considérée comme un puits de lait pauvre en matière grasse et riche en caséine, c'est une vache à fromage.

Les laits que nous avons examinés provenaient de vaches vêlées depuis deux mois ; nous avons eu soin de recueillir les échantillons de la quantité totale de la traite de chacune d'elle.

Nous avons trouvé, après examens répétés et consciencieux, que, pour la vache Jersey, les gros globules étaient près de la moitié plus gros que ceux de la Ashire et une fois plus gros que la Holstein, c'est-à-dire qu'en représentant par le chiffre 1 le globule de la Holstein, nous avons :

Holstein 1 ; Ashire 1½ ; Jersey 2 (Voir planche 1). De plus, dans le lait de vache Jersey, les gros globules sont en très grande quantité tandis que, dans les autres laits, ils sont plus rares, c'est-à-dire en rapport avec les données ordinaires qui veulent que ceux-ci soient en bien moins grand nombre que les moyens et les petits.

Dans le lait de la vache Ashire, nous avons remarqué surtout une belle régularité des globules moyens et peu de gros globules, ce qui fait sa supériorité sur la Jersey.

Le lait de la Holstein est pauvre en matière grasse et ses globules sont, en général, plus petits que ceux qu'on voit dans les laits des vaches des races précédentes.

Pour le lait humain nos examens ont été faits sur des échantillons provenant de femmes en santé, nourrissant depuis

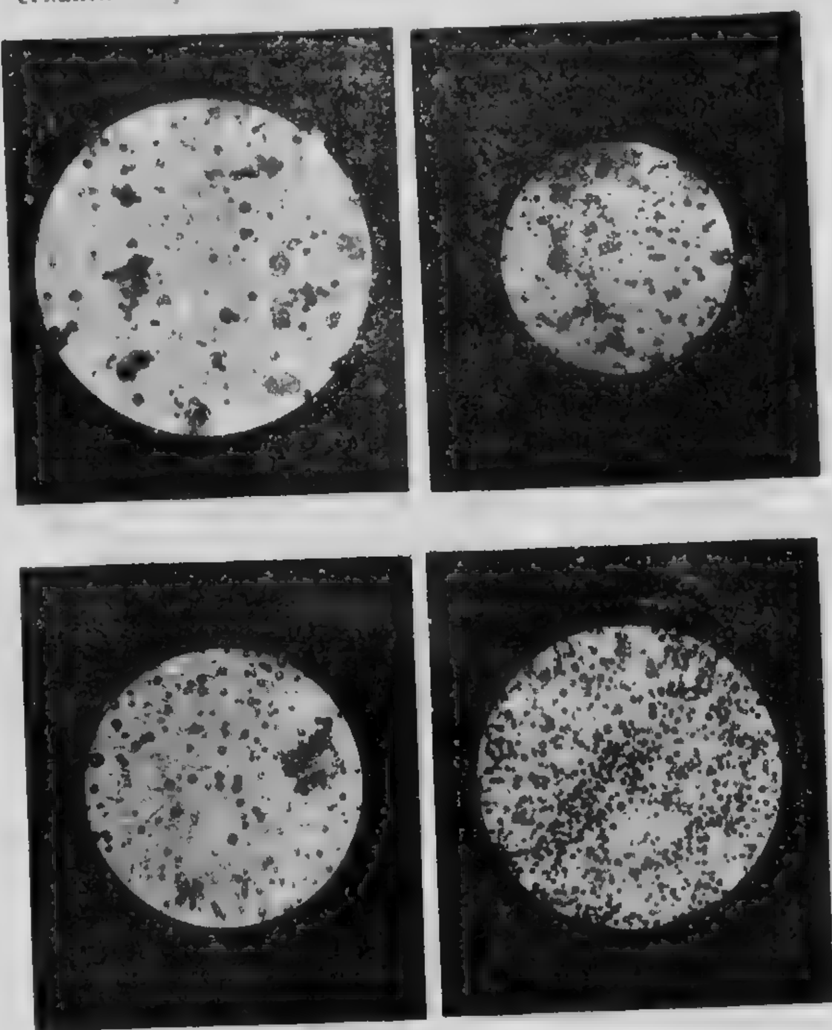


PLANCHE II

deux mois, les enfants progressant suivant la règle moyenne. Les gros globules ressemblent beaucoup en nombre et en volume

à ceux de la vache Ashîre ; il y a, comme chez elle, beaucoup de régularité dans le volume des globules moyens (Voir pl. 1).

L'examen microscopique du lait stérilisé au bain-marie, pendant 40 minutes, a révélé que l'émulsion est en partie opérée surtout aux dépens des gros globules dont, pour un bon nombre la couche enveloppante s'est brisée sous l'effet de la chaleur, la matière grasse, devenue libre, en se refroidissant se réunit en cloaques qui, à leur tour, emprisonnent des globules non déformés. Ce phénomène devient surtout évident après quelques heures de repos (Voir planche 2). D'ailleurs il n'est pas rare de voir, à l'oeil nu, sur les bouteilles de lait stérilisé, des gouttelettes d'apparence huileuse : ce sont, tout simplement, les masses de matière grasse, que nous voyons sous le champ du microscope, qui se sont agglomérées par le repos. L'agitation semble établir une émulsion factice qui disparait presqu'aussitôt.

Si nous écrémons le lait par la force centrifuge, un grand nombre de globules sont rompus et se réunissent en masses semblables à celles trouvées dans le lait stérilisé (Voir pl. 2).

Ces observations fourniront la preuve de ce que la matière grasse de certains laits est mal digérée par les nourrissons. L'observation de certains faits de ce genre m'a mis sur la voie de cette étude

Une famille possédait un beau troupeau de vaches Jersey ; j'ai analysé un échantillon de lait provenant de ces vaches. J'y trouvai 3^c de matière grasse. Comme il s'agissait de nourrir au biberon un jeune bébé, je me suis dit : nous allons pouvoir couper le lait à volonté pour réduire la caséine et nous avons toujours assez de matière grasse. J ai été complètement trompé dans mon attente. Malgré différentes modifications, jamais je n'ai pu obtenir une bonne digestion ; ce n'est qu'après avoir mis l'enfant au lait d'un troupeau de vaches de races mélangées que j'ai eu du succès. D'ailleurs, l'expérience des éleveurs agricoles

rapporte que, très souvent, la vache Jersey ne peut pas élever son veau, il meurt de diarrhée.

Continuant nos observations en médecine comparée, nous voyons quelquefois des femmes en bonne santé, de grosse taille, et plutôt grasses que maigres, ne donner qu'une très petite quantité de lait, mais en revanche très riche en matière grasse ; leur nourrisson ne fait que pleurer, des coliques le font souffrir souvent il vomit, les selles sont fortement granuleuses, granulations composées en grande partie de matière grasse.

Le fait que la *matière grasse* à gros globules abondants ne se *digère pas bien* proviendrait de ce que le principe actif du suc pancréatique, la *stéapsine*, ne peut parvenir à l'émulsionner complètement. De là, la grande quantité de cette matière improprement digérée qui passe dans tout le parcours de l'intestin, servant de pâture à la flore microbienne.

Monsieur Marfan, dont les travaux sur différentes questions de pédiatrie me servent très souvent de référendum, a dit, à la page 240 de son "Traité de l'allaitement" : qu'il a été conduit à regarder les laits à petites globules comme pouvant engendrer la diarrhée, se basant sur l'examen au microscope du lait de trois femmes dont les nourrissons avaient des troubles digestifs qui furent d'ailleurs passagers.

Je crois qu'il semble se hâter de formuler, quand plus loin il rapporte qu'une femme Bretonne nourrissait un enfant de 5 mois et que son lait en avait 14. L'enfant vomissait, avait de la diarrhée et dépérissait. La nourrice était en bonne santé, ni grosse ni menstruée, l'analyse a montré 83.9 en beurre au lieu de 38, la normale.

Je suis d'opinion qu'il n'y a de mal digérés en émulsion fine que les laits provenant de femmes qui souffrent de galactorée ; le nourrisson prend trop à la fois ; il souffre de dilatation de

l'estomac ; alors, le trouble digestif n'est pas dû à l'émulsion fine, mais bien à la dyspepsie déterminée par la dilatation.

Un autre fait clinique qui vient à l'appui de ma thèse, c'est que la matière grasse augmente pendant la menstruation qui survient quelquefois pendant la lactation ; le système digestif est alors momentanément dérangé chez beaucoup d'enfants.

Les remarques que je viens de faire pour les gros globules de la matière grasse s'appliquent aux cloaques huileux du lait stérilisé et de la crême centrifugée, c'est-à-dire, que l'émulsion par le suc pancréatique en est rendue plus difficile.

CONCLUSIONS.

Les conclusions pratiques qui semblent découler de mon travail sont les suivantes :

1° En alimentation artificielle, il faut choisir un lait dont les gros globules gras ne soient pas en trop grande abondance et il importe que leur volume ne soit pas trop considérable ;

2° La matière grasse du lait stérilisé ne se digère pas si bien que celle du lait crû ;

3° Il est préférable d'employer la crême montée plutôt que la crême provenant du lait centrifugé.



PATHOLOGIE et THÉRAPEUTIQUE INFANTILES

Par le Dr L. P. DE GRANDPRÉ, de Worcester, Mass, E.-U.

I. L'enfant a sa pathologie particulière. Certaines maladies lui sont spéciales. Bien plus, la symptomatologie peut, dans les affections de même nature, varier chez l'enfant et chez l'adulte. Pour être plus clair, disons que certains symptômes sont accusés, que certaines manifestations morbides sont plus accentuées chez l'enfant que chez l'adulte.

Prenons, par exemple, la température. Ses variations ont moins d'importance et ne doivent pas s'interpréter aussi rigoureusement chez l'enfant que chez l'adulte. En naissant l'enfant a une température normale ; mais, durant les premières heures, elle peut s'abaisser de un, deux, quelquefois trois degrés. Cette déperdition de chaleur est causée par le premier contact avec l'air extérieur pendant que se fait la toilette de l'enfant. La température cependant ne tarde pas à remonter au chiffre normal.

Il n'est pas rare toutefois de voir la température, chez des enfants à l'état de santé, varier de 98 à 99.5°. Cette température peut être considérée comme normale. Les centres thermogènes ou régulateurs de la chaleur ne fonctionnant encore que d'une manière imparfaite chez le très jeune enfant, les variations thermiques se manifestent sous l'influence des causes les plus légères.

Les mêmes affections produisent une élévation de température plus marquée chez l'enfant que chez l'adulte. On constate

souvent aussi, chez l'enfant, des hyperthermies considérables au cours des affections les plus bénignes. Seulement, dans ces cas la défervescence se produit promptement, souvent dans l'espace de quelques heures. On doit donc, dans le pronostic des maladies de l'enfance surtout, se baser sur la durée et la continuité de la fièvre.

Il est un fait digne de remarque ; c'est qu'on peut, par l'application de la chaleur artificielle, produire chez l'enfant, une élévation de température de quelques degrés. Ceci s'observe surtout chez les enfants faibles. Il est bon de s'en rappeler à l'occasion. Autrement la bouteille ou le sac d'eau chaude pourraient faire commettre des erreurs de diagnostic.

Les affections les plus fréquentes de l'enfance sont celles du tube digestif, de l'appareil respiratoire et du système nerveux. Exception faite toutefois pour le premier mois de la vie. La statistique, en effet, démontre que 50 o/o des décès qui surviennent durant les quatre premi[illegible]naines sont dus à la débilité infantile.

Pour l'examen de l'enfant, il faut suivre une méthode différente, il s'ensuit que de simples troubles fonctionnels sont souvent accompagnés de très graves symptômes qui peuvent même amener la mort dans l'espace de quelques heures. L'autopsie, dans ces cas, ne révèle aucune lésion anatomique. Plus jeune est l'enfant, plus grave doit être le pronostic, à cause de la moindre résistance de l'organisme.

Pour l'examen de l'enfant, il faut suivre une méthode différente de celle employée chez l'adulte. C'est là, près du petit malade, que le médecin doit surtout s'attacher à développer son esprit d'observation. Il n'a, pour se guider, que des données objectives. Les renseignements qu'il parvient à obtenir de la mère sont souvent incomplets et insuffisants.

On doit observer :

1° La posture de l'enfant.—2° La nature du sommeil. —3° Les cris. Celui de la faim diffère de celui de la douleur. 4° La toux.—5° Le facies.—6° La respiration.— 7° Le pouls. On doit attacher moins d'importance à sa fréquence qu'à sa régularité. Un pouls lent et irrégulier indique toujours une affection grave et doit faire songer à la méningite.

8° La pupille et aussi la cornée dont les altérations sont fréquentes dans la syphilis héréditaire.—9° La bouche et la gorge. L'examen de la gorge doit se faire en dernier lieu, attendu qu'il faut y mettre un peu de rigueur. L'enfant pleure, se révolte, perd confiance dans le médecin ; ce qui rendrait plus difficile l'examen ultérieur. Il va sans dire que la tête (fontanelles) et les différents organes doivent être examinés soigneusement.

Les morts subites sont assez fréquentes chez des enfants en apparence de santé. Il est difficile d'en préciser les causes. Elles peuvent être attribuées : 1° à la conformation défectueuse du cœur, des poumons, de l'estomac, de l'intestin ; 2° aux hémorragies internes ; celles de la capsule surrénale sont les plus fréquentes ; 3° à l'asphyxie, introduction de matières alimentaires dans le larynx et la trachée.

La congestion pulmonaire et le marasme peuvent aussi causer la mort d une façon très soudaine.

II. J'en arrive à la thérapeutique infantile. Et par thérapeutique, nous n'entendons pas seulement l'administration de médicaments. En général, dans le traitement des enfants, on abuse de la pharmacie. On se repent souvent d'avoir donné trop de remèdes, rarement de n'en avoir pas donné assez. Ce doit être une règle invariable de ne jamais prescrire une dose de remèdes à moins qu'il n'y ait une indication précise de le faire. Un autre point très important de la thérapeutique infantile, c'est d'éviter les potions nauséeuses toutes les fois qu'il est pos-

sible d'en donner d'agréables au goût. Les ordonnances les plus simples sont les meilleures. Il faut compter plus sur l'hygiène que sur l'emploi des médicaments. La tendance à la guérison est encore plus marquée chez les enfants que chez les adultes.

Que de troubles gastriques occasionnés par l'administration des sirops qu'on se croit obligé de prescrire dans la bronchite. Ces troubles gastriques persistent souvent bien longtemps après la guérison de la bronchite. C'est dans les maladies de l'estomac et de l'intestin surtout qu'il faut être très parcimonieux de médicaments. De même dans les maladies de la nutrition. Le changement de milieu, le séjour à la campagne font infiniment plus que tous les toniques altérants.

Le meilleur mode d'administrer les remèdes est de donner des doses fractionnées souvent répétées. On s'expose moins, de cette façon, à produire des dérangements d'estomac, et souvent on obtient un effet plus satisfaisant—v. g., six centigrammes de Sodi. Bromid. toutes les demi-heures agissent souvent mieux que 30 centigrammes toutes les deux heures. De même pour le calomel et la phénacétine.

Les *antipyrétiques*, dont les principaux sont l'antifébrine, l'antipyrine et la phénacétine, doivent être employés plus pour calmer les symptômes nerveux que pour abaisser la température.

Il vaut infiniment mieux, dans le dernier cas, avoir recours aux bains et à l'application de glace sur la tête.

Les bains d'éponge doivent être donnés à la température de 80 à 85° F. Ils doivent durer de cinq à dix minutes et être fréquemment répétés.

L'enveloppement par le drap mouillé se pratique comme suit : on enveloppe l'enfant dans un drap trempé dans de l'eau à 100° F., puis, sur ce drap, on promène un morceau de glace. On frictionne ainsi tout le tronc. L'enveloppement dans le

drap mouillé est ordinairement mieux supporté que le grand bain froid.

L'entéroclyse est aussi un moyen efficace d'abaisser la température. L'eau doit être à la température de 45 à 50 0/0 F. La quantité injectée ne doit pas dépasser 300 à 400 gr..

Si, pour calmer les symptômes nerveux, on croit devoir administrer les dérivés du goudron, on donnera la préférence à la phénacétine qui déprime moins que l'antipyrine et surtout que l'antifébrine. La phénacétine a le léger inconvénient de n'être pas soluble, mais elle a le grand avantage d'être insipide sans exposer aux mauvais effets de l'antifébrine. A un enfant d'un an, on peut donner 6 centigrammes de phénacétine ou d'antipyrine, toutes les 2 ou 3 heures jusqu'à effet désiré. A un enfant de cinq ans, on peut donner 15 centig. aussi toutes les 2 ou 3 heures. L'antipyrine agit souvent d'une manière merveilleuse dans le spasme du larynx ou des bronches.

Stimulants.— Nonobstant quelques assertions contraires, l'alcool est bien toléré même par les plus jeunes enfants. Il n'en faut pas abuser pour cela. Les indications de l'emploi des stimulants, de l'alcool en particulier, sont les mêmes pour l'enfant que pour l'adulte : c'est-à-dire lorsqu'il y a dépression, faiblesse du pouls, urgence enfin de soutenir les forces défaillantes du malade. En général les stimulants ne sont pas indiqués dans la prémière période des maladies aigues. Dans la pneumonie franche, il faut attendre la défervescence. Dans la broncho-pneumonie, surtout celle consécutive aux maladies infectieuses, on doit prescrire l'alcool et les autres stimulants dès le début. Dans la diphtérie et dans les affections gastro-intestinales on doit avoir recours à l'alcool dès que se manifestent les symptômes de prostration. On doit proscrire les stimulants dans toutes les maladies où la température est élevée, la peau sèche, la face congestionnée et le pouls plein et fort.

Il faut avoir soin de diluer considérablement l'alcool avant de l'administrer aux enfants. Le cognac doit être additionné de 8 fois son volume d'eau quand on le donne aux enfants au-dessous d'un an. Pour prévenir les vomissements, il est préférable de le donner par doses fractionnées souvent répétées. Un enfant d'un an pourra prendre, sans inconvénient, de 1 à 2 onces d'alcool ou de cognac dans les 24 heures.

Toniques et toniques altérants.—En tête se placent l'huile de foie de morue et l'arsénic. L'huile de foie de morue est mieux tolérée l'hiver. Il faut s'en abstenir dans les troubles gastro-intestinaux qu'elle aggraverait. De plus elle ne serait pas absorbée.

Pour les préparations de fer, on doit donner la préférence aux peptonates qui se mélangent bien avec le lait. Eviter les préparations ferrugineuses astringentes. La quinine et la noix vomique sont les meilleurs toniques amers.

Calmants et antispasmodiques.—L'enfant est très sensible à l'effet des opiacés. Pourtant ils peuvent rendre de grands services dans le traitement des maladies de l'enfance. Il faut les donner à très petites doses.

Tr Opi Camphr.—à un enfant			d'un mois....	1 à 2 gouttes.
"	"	"	de deux mois.	2 à 3 "
"	"	"	de douze mois.	7 à 10 "
Morphine		"	d'un mois.....	1-1000 grain.
"		"	de deux mois..	1-600 "
"		"	de douze mois..	1-200 "
Codéine		"	d'un mois.....	1-300 "
"		"	de deux mois..	1-200 "
"		"	de douze mois..	1-60 "

Ces doses sont des doses initiales. On peut les augmenter avec précaution, quand la douleur l'exige.

Le *chloral* est bien toléré par les enfants. A cause de son action irritante sur la muqueuse de l'estomac, il vaut mieux le donner en lavements.

Dose, pour un enfant d'un mois......	4 à 6	centigr.
Dose, pour un enfant de trois mois....	10 à 12	—
Dose, pour un enfant de douze mois...	20 à 30	—

Dans les convulsions, c'est le remède le plus sûr.

La *belladonne* est le remède que les enfants peuvent proportionnellement le mieux tolérer. Les parents doivent être prévenus de l'éruption qu'elle ne manque jamais de produire. La *quinine* et le *calomel* sont aussi bien tolérés. Il n'en est pas ainsi des salicylates, du salol, des astringents et des acides.

Les *contre-irritants* énergiques ne doivent jamais être employés chez les enfants. La moutarde doit être mélangée, à quatre ou six parties de farine ; la térébenthine à trois ou quatre parties d'huile d'olive. On peut employer les ventouses sèches, jamais les ventouses scarifiées. Les bains chauds ne doivent pas dépasser de 108 à 110 ° F..

Le bain tiède de 98 à 100 ° F. est souvent plus efficace pour provoquer le sommeil que tous les hypnotiques.

Pour clore ces quelques remarques, un mot du lavage de l'estomac et des intestins. Le lavage de l'estomac peut se pratiquer chez les enfants de tout âge. Le Dr Seibert, de New-York, met la limite d'âge à 10 jours. L'opération est plus facile chez les enfants en bas âge. L'eau, quand il y a beaucoup d'irritation gastrique, doit être à la température de 110 à 112 ° F.— Indications : gastrite aiguë, gastrite chronique, empoisonnement. Dans l'indigestion aigue et dans les cas d'empoissonnement, un

seul lavage suffit généralement. Dans la gastrite chronique, il faut le répéter tous les jours ou tous les deux jours.

Pour l'irrigation du colon, la température du liquide doit être de 90 à 95°. Si la température est très élevée, on se sert d'eau froide. Il faut se rappeler que le gros intestin de l'enfant ne peut guère contenir plus de 500 grammes. Lorsque cette quantité est injectée, on doit la laisser s'écouler au dehors, puis recommencer l'injection jusqu'à ce que l'eau sorte parfaitement claire. Le tube doit être introduit à une profondeur de douze à quatorze pouces, si l'on veut bien pénétrer au-delà de la courbure sigmoïde du colon. Il faut avoir soin de laisser couler le liquide dans le tube en l'introduisant. L'eau, en distendant l'intestin au-devant du tube, facilite son introduction.

Dans les cas de collapse, on peut porter la température de l'eau de 105 à 110° F.. En général, l'irrigation ne doit pas être répétée plus qu'une fois dans les 24 heures.



VI

SECTION D'HYGIENE

HYGIENE MODERNE

Par E.-P. LACHAPELLE

Chevalier de la Légion d'Honneur, Professeur à l'Université Laval, Président du Conseil d'Hygiène Provincial, Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Les organisateurs du premier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord n'auraient pas cru leur organisation complète s'ils n'avaient créé une section spéciale pour l'hygiène et les intérêts professionnels. En cela ils se sont montrés soucieux des besoins du jour et anxieux d'être à la hauteur de leur époque. Que serait, en effet, au début du vingtième siècle, un congrès médical qui laisserait de côté les questions concernant la santé du public en général, et les besoins du corps professionnel en particulier? N'est-ce pas l'une des notes caractéristiques du jour de voir la médecine, placée sur de nouvelles bases, prendre une direction de plus en plus grande dans l'organisation sociale; et n'en découle-t-il pas naturellement la nécessité, pour notre profession devenue plus influente, de poursuivre ses recherches et ses réformes, pour rester digne de sa mission toujours grandissante?

Aussi je félicite sincèrement messieurs les organisateurs du présent Congrès d'avoir fourni à ses membres l'opportunité de discuter ces questions de première importance. Je vous suis re-

connaissant aussi, Messieurs, d'avoir répondu en si grand nombre à l'appel que vous ont fait ces messieurs. Enfin, je remercie le comité de m'avoir choisi dans une occasion aussi solennelle, au moment où tous les médecins français d'Amérique sont convoqués à célébrer le cinquantenaire de l'Université Laval, pour présider cette section, l'une des plus importantes de ce Congrès.

Je n'ai pas cru devoir, en ouvrant cette séance, vous faire un long discours. Si je l'avais fait, je vous aurais fatalement parlé de l'hygiène, de ses progrès, de son organisation ; c'eut été, je le sens, confisquer inutilement une partie du temps précieux qui nous est alloué pour la discussion des sujets portés à l'ordre du jour. Personne plus que vous, je le sais, ne connaît l'utilité de l'hygiène, la perfection de plus en plus grande de ses moyens d'action, l'étendue de plus en plus considérable des résultats qu'elle obtient. Vous n'avez pas besoin d'être convaincus, vous l'êtes d'avance. Il était donc inutile d'insister.

Cette conviction, le public commence à la partager. Il eut été pénible qu'il en fut autrement, car c'est lui qui bénéficie en premier lieu de l'action bienfaisante de l'hygiène, et c'est pour lui, uniquement pour lui, que travaillent les hygiénistes. Oh ! je sais bien que la conviction a été lente à venir. Songez au nombre incalculable de cerveaux qu'il fallait convaincre, et combien, sur le nombre, sont peu ouverts aux questions scientifiques, sont obscurcis par des préjugés vieux comme le monde. Je sais bien encore qu'aujourd'hui même certains groupes demeurent réfractaires à la conviction ; leur résistance opiniâtre sera brisée par l'éloquence des faits, plus durable encore que leur entêtement. Vous le savez, un fait prouvé ne se conteste plus. Ils auront beau, ces gens, crier que la science de l'hygiène est un leurre, que les lois sanitaires sont des abus de pouvoir, que les médecins hygiénistes sont dans l'erreur, ils n'arrêteront jamais l'hygiène

dans sa marche vers le bien et la vérité, ils n'empêcheront pas la science de corriger, dans une certaine mesure, le mal qui est en nous et autour de nous, ils n'empêcheront pas les mesures hygiéniques de fortifier la vie et de combattre la mort. Et le fait éclatant demeure que l'hygiène a non seulement, par ses progrès, diminué les ravages causés par les maladies infectieuses et contagieuses, mais qu'elle a aussi diminué la mortalité générale de la population du globe, et que cette diminution de la mortalité générale, dans tous les pays, a toujours été en proportion des mesures prises.

Ces faits étant reconnus, voyez quel trouble infini l'on se donne partout pour établir une organisation sanitaire effective, quelle importance de plus en plus grande l'enseignement de l'hygiène a pris dans nos facultés médicales, avec quelle ardeur l'on étend, l'on complète cet enseignement, enfin quelle large place l'on accorde dans les congrès de médecine, à la discussion des questions d'hygiène. Québec a voulu, dans cet ordre d'idées, suivre l'exemple de Paris, de Londres, de Berlin, et prouver, en agissant ainsi, qu'il fait partie du monde scientifique moderne. C'est pour nous un plaisir particulier de le constater, et se sera pour la réputation de notre pays une bonne note de plus.

Au point de vue sanitaire, comme d'ailleurs à bien d'autres points de vue, la province de Québec n'a pas à rougir de la place qu'elle occupe dans le monde civilsé. Dès 1886, par une loi créant un Conseil d'Hygiène Provincial et lui donnant les pouvoirs nécessaires, elle entrait de plein pied dans le grand mouvement hygiénique qui s'affirmait alors et qui a fait depuis de si rapides progrès. Non-seulement elle est entrée dans ce mouvement avec résolution et vigueur, mais encore elle a marché allègrement du même pas avec ses aînés du vieux continent ; sa législation, d'année en année, a fixé dans son code les mesures

de plus en plus complètes inspirées par la science pour, pas plus tard que l'année dernière (1901), doter nos statuts d'une loi d'hygiène qui peut se comparer avantageusement, par sa plénitude et son efficacité, avec celles de tous les autres pays. Je le dis avec fierté, il n'y a pas, à l'heure qu'il est, une loi d'hygiène plus complète dans ses prévisions et plus efficace dans les pouvoirs qu'elle donne. Appliquée avec discernement et suivant l'esprit de responsabilité morale qui l'a inspirée, elle ne pourra donner que les meilleurs résultats.

Mieux que n'importe qui vous comprenez, messieurs, l'importance d'une législation sanitaire complète et efficace, car ayant charge de vie, vous savez les services que l'hygiène peut rendre, non-seulement à vous-mêmes, mais à ceux qui vous consultent. Ces services, vous aurez l'occasion, dans les délibérations qui vont suivre, d'en apprécier les mérites incontestables, d'en constater les résultats évidents, et, je n'en ai aucun doute, d'en conseiller l'utilisation quotidienne. Car c'est à vous, plus qu'à n'importe qui, qu'incombe la responsabilité de faire connaître les moyens sanitaires, leur efficacité, leur application, et d'en diriger l'emploi. De même que, dans la pratique de tous les jours, vous êtes en état de venir constamment en aide à ceux qui sont spécialement chargés de veiller sur la santé publique, de même, dans vos discussions d'aujourd'hui, vous serez à même de jeter sur les différents problèmes sanitaires qui vous seront soumis, la lumière de votre expérience professionnelle. C'est ainsi que de nos discussions et de nos travaux communs naîtront pour le plus grand bien de tous, l'entente harmonieuse et l'éclairement mutuel qui donneront à ce congrès son résultat pratique. Ce résultat si désirable, nous serons fiers d'en avoir été les artisans.

Quant à nos intérêts professionnels, messieurs, si nous ne les prenons pas nous-mêmes en considération, qui le fera ? Nous

avons des droits, il faut savoir les défendre : nous avons des devoirs, il faut savoir les remplir ! Et ces droits, ces devoirs, il faut être sûrs d'abord que nous les connaissons bien nous-mêmes dans toute leur intégrité, avec tout ce qu'ils comportent de bonne foi, de courage, d'honnêteté, il faut voir ensuite à ce que les autres ne les oublient pas, ne cherchent pas à nous les diminuer, à nous les enlever. L'heure est propice à des discussions de ce genre, et l'endroit est bien choisi. Ayons, nous aussi, notre patriotisme médical : efforçons-nous de placer ce patriotisme à la hauteur de notre race (noblesse oblige) et de le rendre fier dans ses revendications, droit dans son but, honnête dans ses procédés. Etendons-le à tout notre patrimoine, appliquons-le à toutes nos institutions, ne cherchons pas à limiter, à circonscrire son application, et nous gagnerons à notre corporation l'estime, le respect, la justice de nos gouvernements, de nos tribunaux et de nos concitoyens.

Oui, messieurs, l'occasion est belle et le moment bien choisi. Qu'il s'agisse des intérêts de la santé publique ou de nos intérêts en particulier, si nous voulons, ces intérêts, les bien définir devant l'esprit public, les bien faire entrer dans le domaine des choses reconnues, leur attirer le respect des gens et la protection des lois, profitons de ces jours de réjouissance publique et d'allégresse nationale, et sachons, par la courtoisie de nos discussions, par la largeur de nos vues, par la sagesse de nos décisions, démontrer que nos intérêts ne font qu'un avec ceux du pays et de la nation, et que, pour une fois, nous avons su nous mettre d'accord. Ce sera le moyen d'ouvrir, pour notre profession, une ère de prospérité et de grandeur qui sera pour nous une source de satisfaction et de joies sans mélange, et que, pour ma part, je désire de tout mon cœur. Je suis sûr, messieurs que vous le désirez également.

En agissant de la manière que je viens de dire, en prenant

en main fièrement et courtoisement les intérêts de notre profession et ceux de la santé publique, si intimement liés les uns aux autres, nous agirons suivant les nobles traditions enseignées durant un demi siècle par cette Université Laval que nous sommes heureux de fêter aujourd'hui, et ce sera pour nous, je crois, le meilleur compliment à lui faire à l'occasion de ses noces d'or, celui dont elle aura le plus de raison de s'enorgueillir.



CESSONS NOTRE APATHIE POUR L'HYGIÈNE

Par J.-J. DESROCHES

Ex-membre du Conseil d'Hygiène Provincial

A l'heure actuelle, l'hygiène est un mot que tout le monde a sur les lèvres. Dans toutes les classes de la société, on parle d'hygiène, parfois avec un air convaincu et satisfait, mais très souvent en critiquant et rejetant ses enseignements. Parmi ceux mêmes qui, par leur position sociale, devraient être les observateurs et les propagateurs de l'hygiène, il y en a bien peu qui le soient. L'homme est ainsi fait, pour peu que l'hygiène change un peu les habitudes, gêne les préjugés, oblige à des sujétions nouvelles, demande quelques sacrifices,c'est fini, adieu les bonnes résolutions; alors de s'écrier :—Nos pères ne connaissaient pas l'hygiène, ne songeaient pas à tous ces détails gênants et ils s'en portaient mieux que nous ! Les microbes. . . . ils les ignoraient. S'il fallait s'occuper de toutes ces minuties, la vie deviendrait intolérable. Enfin, dites-donc, l'hygiène est une belle science, mais elle est trop exigeante, c'est une chose ennuyeuse.

Hâtons-nous d'ajouter que nos pères, il y a cinquante ans et plus, menaient une vie toute autre que la nôtre ; ils vivaient au foyer, ne voyageaient pas, parce que la distance comptait alors pour quelque chose, mais ce temps-là est passé et depuis nous traversons l'Océan en moins de six jours, nous allons à New-York en moins de douze heures, les chemins de fer sillonnent notre pays, notre continent et tous les continents du monde. Aujourd'hui, tout le monde voyage parce que la distance

n'est plus qu'une question d'heures et de jours, tandis qu'autrefois elle était une question de semaines, de mois et d'années. Aujourd'hui, c'est un mouvement continuel de la population des campagnes vers les villes et des villes vers les campagnes ; nous rencontrons des voyageurs étrangers sur tous les points du Canada, et il n'y a pas de pays que le Canadien ne visite pas. Autrefois les maladies contagieuses et épidémiques avaient peu de chances de voyager en bateaux et en chemin de fer, et partant de se propager. Aujourd'hui, elles ont toutes les facilités qu'a le public voyageur. Aussi, tous les jours, la santé des individus, la santé des familles, la santé des habitants des villes et des campagnes est sans cesse menacée. Onn'a pas trop l'air de s'en occuper ; on tue sans y prendre garde ; on devient assassin sans vouloir le comprendre, et tout a semble très simple dans le meilleur des mondes. On ne s'en ..ut pas et on accepte ce que l'on croit ne pouvoir empêcher ; on veut vivre suivant son caprice.

Comme preuve de ce que j'avance, il y a quelques mois, on a vu des varioleux voyager en bateaux et chemins de fer, se promener dans les rues de Montréal, et cela, avec un sans gêne incroyable. Ne remarquons-nous pas aussi cet autre fait ? Dans la famille, la maladie se montre-t-elle et soupçonne-t-on un cas contagieux : si le malade ne se porte pas mal, on ne fait pas venir le médecin pour ne pas avoir à se conformer aux lois de l'hygiène : autre manière de propager la maladie et de tuer les gens. Il n'y a pas de préméditation, mais les faits n'en existent pas moins ; on ne réfléchit pas que les épidémies sont généralement allumées par un cas de maladie contagieuse ignoré ou laissé sans précautions hygiéniques au sein d'une ville, d'un village d'une campagne ; on ne songe pas qu'il suffirait d'isoler le premier cas contagieux, d'en chercher l'origine et de pratiquer la désinfection, pour éteindre sur place un commencement d'épi-

démie. A qui incombe le devoir de traiter la maladie et d'éclairer la famille sur les moyens de prévenir la maladie, ci ce n'est au médecin.

Nous aimons à nous bien porter et nous agissons, à tout instant, à l'encontre de ce qu'il nous faut pour cela. L'art de bien vivre n'est pas plus difficile qu'un autre, et aucun ne s'acquiert plus facilement par l'éducation. La maladie est, dans la plupart des cas, le fait de notre imprévoyance ou de l'imprudence de ceux qui nous entourent. Aussi la longévité est moins le partage des individus qui ont eu la chance de ne pas sombrer sur les brisants que de ceux qui conduisent leur barque de façon à les éviter.

Au point de vue général, on peut dire que nos maladies prennent surtout naissance à quatre sources, (exceptant ici l'hérédité, la contagion, les épidémies) qui sont : l'abus des plaisirs des sens, l'excès de travail physique, l'excès de travail intellectuel et la misère. Et les causes de la misère sont généralement l'ignorance, les préjugés, l'avarice, la paresse et l'ivrognerie. Chacun sait que la vie n'est que l'ensemble d'une foule d habitudes particulières contribuant intimement à la vigueur ou à la faiblesse corporelle. On peut dire que notre nature est un comptable sévère qui ne permet aucune irrégularité dans ses livres. Dès l'instant où l'organisme se rend débiteur envers elle, il doit un peu plus tôt, un peu plus tard, payer sa dette. Ne voyons-nous pas la goutte d'eau qui tombe emplir un vase ? Ainsi les violations des lois de l'hygiène finissent par engendrer la maladie.

Nous nous complaisons à établir le bilan de nos richesses, la prospérité de notre commerce et de notre industrie ; mais nous ne faisons presque rien pour la conservation de la santé ; on semble méconnaître que l'hygiène, diffusée au sein des masses, constitue la meilleure sauvegarde de la santé, règle la puis-

sance du travail et a une influence décisive sur le bien-être général, sur la force physique et le caractère moral d'une nation. N'oublions pas que l'hygiène est, comme la morale, la première des sciences ; son enseignement apparait comme une nécessité qui s'impose dans notre état de civilisation.

Notre conseil d'hygiène, il faut le reconnaître ici, a fait faire de réels progrès à la cause de l'hygiène dans la province de Québec ; chaque fois qu'une épidémie apparait quelque part dans notre province, l'application de nos règlements d'hygiène finit toujours par en avoir raison ; mais durant le temps qu'elle dure l'épidémie fait toujours des victimes. Si notre conseil n'arrive parfois qu'avec peine à arrêter la marche d'une maladie épidémique, c'est que, quand il en est averti, la maladie a souvent pris une grande extension. Il en sera toujours ainsi tant que l'hygiène n'aura pas pénétré dans les masses, tant que l'hygiène ne sera pas enseignée à l'école, tant que l'hygiène ne sera pas mieux comprise de nos classes dirigeantes, enfin tant que l'hygiène ne sera pas formulée par nous, médecins, comme nous formulons le remède dans l'art de guérir.

Il est incontestable que les questions d'étiologie des maladies contagieuses et épidemiques, que l'application des ressources préventives de ces maladies retombent sous le contrôle du médecin ; d'ailleurs c'est le médecin qui est appelé à diagnostiquer la maladie et à traiter : c'est à lui qu'incombe le devoir d'éclairer la famille sur la manière de traiter le malade et sur les mesures à prendre pour ne pas diffuser le germe de la maladie : c'est le devoir du médecin d'agir ainsi et il n'appartient pas à d'autres.

Ceci m'amène à vous signaler une grande lacune dans notre enseignement médical ; la clinique médicale et hygiénique sur les maladies contagieuses et épidémiques manque complètement dans notre enseignement. C'est une lacune regrettable et plei-

ne de périls. L'étudiant est admis à la pratique de la médecine sans avoir vu, ni diagnostiqué, sous la direction de ses maîtres, un seul cas de diphtérie, de scarlatine, de variole, etc.. Aussi, que de cas de maladies contagieuses et épidémiques, méconnus au début, sont pendant plusieurs jours des foyers de contagion et de propagation ; aussi que de morts auraient pu être évitées avec un bon traitement convenable au début du mal !

Ici nous pouvons dire que l'hygiène ne saurait prendre sa valeur effective réelle ailleurs que dans la profession médicale et partant dans la clinique médicale et hygiénique des maladies contagieuses et épidémiques. Il importe donc de combler cette lacune dans notre enseignement médical.

Je me résume :

Considérant l'importance de l'enseignement et de la diffusion de l'hygiène au point de vue de la conservation de la santé et de la prophylaxie des maladies contagieuses et épidémiques, regrettant l'indifférence qui règne partout à l'égard des pratiques destinées à les obtenir, nous serions heureux :

1° De voir l'hygiène se propager et pénétrer ainsi dans les masses, au moyen de la presse ou autrement, et surtout de la voir enseignée dans les écoles primaires ; enseignement plus développé au degré secondaire : enseignement spécial dans les écoles techniques ;

2° De voir enfin compléter l'enseignement de l'hygiène dans nos Facultés de Médecine par celui de la clinique médicale et hygiénique des maladies contagieuses et épidémiques.

En somme, il s'agit ici d'une préparation graduelle des esprits à accepter plus tard et à favoriser, suivant les milieux respectifs, les agissements de l'hygiène sociale ; car l'hygiène apprend à tous à diriger leur santé au milieu des périls qui la menacent, à se garer des atteintes meurtrières de la routine, des préjugés et de l'ignorance, à bien comprendre ce que peut la

médecine, à percer à jour les visées de l'industrialisme et des charlatans, à connaître dans les choses de la santé le prix de l'opportunité et du temps; en un mot à conduire sa santé comme un homme sage et avisé conduit ses affaires et non pas comme le fait un ignorant ou un dissipateur.



DES CAUSES ET DES MOYENS HYGIÉNIQUES D'EMPÊCHER LA DÉGÉNÉRESCENCE PHYSIQUE DE LA RACE CANADIENNE-FRANÇAISE

Par le Dr. L. J. O. SIROIS, St-Ferdinand d'Halifax.

"L'humanité dégénère au triple point de vue de la longévité, de la taille et de la force musculaire," voilà une vérité scientifiquement établie par les ethnographes, les physiologistes et les hygiénistes.

La race canadienne-française participe-t-elle à cette dégénérescence? Oui, et il n'est pas nécessaire de faire de patientes recherches, d'entasser de nombreuses statistiques pour le démontrer. C'est un fait d'observation générale que le canadien-français d'aujourd'hui ne vit pas aussi vieux, n'est pas aussi robuste, ne possède pas la puissance de travail et la force de résistance de ses pères. Nos cultivateurs, car nous ne parlons ici que de la population rurale, admettent volontiers que sans les méthodes de culture modernisées, et un outillage perfectionné ils seraient incapables de suffire à la tache.

D'ailleurs, pourquoi, comme le démontrent les rapports du Conseil d'hygiène, les affections du système nerveux, des poumons, du cœur, des vaisseaux, du foie, des reins, pratiquement inconnues dans nos campagnes, il y a cinquante ans, augmentent-elles d'années en années!

Pourquoi une bonne moitié des mères n'allaitent-elles plus leurs enfants que deux, trois ou quatre mois et souvent pas du tout? Pourquoi y a-t-il, aujourd'hui, tant d'enfants débiles, scrofuleux, rachitiques?

Pourquoi la dyspepsie , ce signe précurseur de toutes les déchéances physiques, ne compte-t-elle plus ses victimes parmi cette classe agricole que le travail au grand air, une alimentation saine et abondante, une habitation salubre, des mœurs simples et pures devraient mettre à l'abri de ses atteintes ?

Pourquoi ? parce que nous dégénérons.

Quelles sont donc les causes de cette dégénérescence ?

Nous pouvons, en thèse générale, les réduire à trois.

1° Alcoolisme.

2° Emigration aux Etats-Unis.

3° Hygiène alimentaire infectieuse.

Dans une réunion comme celle-ci il est superflu d'appuyer sur les dangers et les conséquences de l'alcoolisme.

La statistique veut que le peuple canadien soit le peuple le plus sobre de la terre puisqu'il se consomme au Canada, seulement 0.70 d'un gallon de liqueurs spiritueuses par habitant et par année. Malheureusement, les statistiques, comme les apparences, sont souvent trompeuses.

Prenons le chiffre de 0.70 de gallon par tête pour une population de 1,600,000, retranchons les femmes et les enfants, il reste pour chaque homme une marge de deux gallons. Allons plus loin, disons que cinquante pour cent des hommes adultes n'usent pas de liqueurs enivrantes, nous arrivons au chiffre de quatre gallons par individus, preuve que le nombre est grand de ceux qui prennent leur petit verre du matin et les *trois coups* par jour, sans lesquels on ne saurait faire un bon repas.

D'ailleurs, ces chiffres, représentant une moyenne applicable à la population totale du Canada, ne sauraient donner une idée exacte de la consommation par province. Cependant, nous voyons, dans un des derniers rapports du département du revenu de l'intérieur, que la ville de Toronto a retiré des entrepots pour consommation, en une seule année, 247,000 gallons de spiritueux

tandis que Montréal ne s'est pas contenté de moins de 448,000 gallons. Les statistiques judiciaires accusent aussi une augmentation considérable du nombre des condamnations pour divorce dans cette province. Loin de nous la pensée de décrier notre province et calomnier sa population, mais il importe de ne pas fermer les yeux sur les ravages causés par l'alcoolisme et sur l'existence d'un vice qui fait tant de mal à la France.

Un autre point très important à considérer dans la discussion de cette question, c'est la quantité d'alcool fabriqué illicitement dans la province de Québec. Ces opérations clandestines se pratiquent sur une plus grande échelle qu'on ne le croit généralement. En 1898, pas moins de 174 individus ont été pris en flagrant délit, et soyez assurés que là où il y en a deux de pincés, dix réussissent à éluder la surveillance des officiers publics.

Ces fabricants sont de véritables empoisonneurs, d'abord à cause des alcools impurs, chargés d'huiles essentielles qu'ils distillent grossièrement et consomment au sortir de l'alambic, ensuite par ce qu'ils sont une occasion de chute pour leurs voisins, et qui pis est, pour leurs femmes et leurs enfants. Quand il y a de cette liqueur dans la maison le père prend son verre d'autant plus souvent quelle ne coute pas cher, la mère suit son exemple ; on ne saurait recevoir des amis sans se verser quelques rasades et les enfants, imitateurs par nature, poussés par la curiosité, goutent le terrible breuvage et finissent par contracter prématurément de funestes habitudes.

Une autre cause d'alcoolisme, bien connue des médecins de campagne, est la confiance du peuple dans les propriétés médicinales et curatives de l'alcool. La plus légère indisposition ne pouvant être guérie sans l'usage larga-manu de liqueur, on prend prétexte d'un simple frisson pour en consommer des quantités relativement énormes. On va même plus loin, bien des mères

ne peuvent entendre crier l'enfant au berceau sans lui faire ingurgiter de l'alcool.

En second lieu, l'émigration aux Etats-Unis joue un rôle assez important dans la diminution de vitalité de notre race.

Le besoin héréditaire, propre au canadien-francais, ou encore le manque d'ouvrage au foyer paternel, pousse chaque année un certain nombre de familles entières, mais surtout les jeunes gens et les jeunes filles à franchir la frontière. Il est facile de se rendre compte de l'effet produit par. l'atmosphère confinée des villes, l'air vicié des moulins et manufactures, sur ces organismes habitués à l'air pur de la campagne. Ajoutez à cela le traitement continu, le changement d'alimentation, les occasions, veillées prolongées, etc., et vous vous convaincrez que ces émigrés payent de leur santé les quelques gros sous rapportés au pays.

Les jeunes gens reviennent souvent sans la vigueur nécessaire pour se livrer aux travaux de la ferme ; les jeunes filles pâlies et amaigries, en se mariant, au retour, ne font qu'accroître le nombre des mères de familles qui, incapables de nourrir leurs enfants, les élèvent avec la fameuse bouteille au long tube.

Un fait que nous avons constaté dans notre clientèle et sur lequel il pouvait être utile de faire des recherches, c'est que plus des deux tiers des phtisiques que nous avons soignés (17 sur 22) avaient fait un séjour plus ou moins prolongé aux Etats-Unis. Est-ce la simple coincidence ? Nous voudrions le croire.

Arrivons à la troisième et principale cause de dégénérescence de notre race ; une alimentation défectueuse.

Le pain brun, produit du blé récolté sur sa terre, le lard qui n'était jamais trop gras, le lait doux ou caillé, le beurre et la crême en abondance formaient la base de l'alimentation du travailleur du sol, il y a trente ans et plus. Les œufs, pois, fèves et pommes de terre en sus leur constituaient une ration d'entretien

et d'épargne parfaite, permettant à nos ancêtres de se livrer aux plus rudes labeurs, de faire des journées de quinze et seize heures d'ouvrage sans jamais redouter l'épuisement.

Malheureusement la diminution de fertilité du sol, les profondes modifications des méthodes de culture, l'introduction et le développement à outrance de l'industrie laitière ont produit un changement presque radical dans le régime alimentaire de nos agriculteurs.

Le blé ne pousse plus, du moins on le dit, là farine est à bon marché, tous se nourrissent maintenant de pain blanc, " or, dit " Huchard, ce pain est d'autant moins nutritif qu'il est plus " blanc, et lorsque, dans sa fabrication, on élimine le son, on le " prive d'une certaine quantité de gluten et de phosphates cal- " caires si utiles pour le développement des os. Un grand phy- " siologiste français du siècle, Magendie, a prouvé que les chiens " nourris de pain de son vivent plus longtemps qu'avec le pain " blanc. Celui-ci nourrit moins et constipe davantage".

L'estomac d'ailleurs, se lasse assez vite du pain blanc, ainsi dans plusieurs parties de la province, les cantons de l'Est entre autres, accueille-t-on avec joie la maturité du sarrasin. Cependant comme la farine de sarrasin donne un pain très serré, on la mange sous forme de *galette chaude* agréable au goût, mais aussi très indigeste, ce qui justifie le nom de *plug* qu'on lui donne quelquefois.

Affirmer qu'il se consomme moins de lait au foyer de gros cultivateurs ayant un troupeau de vingt-cinq vaches, que sous le toit de beaucoup d'ouvriers de villes, fera sans doute naître des sourires d'incrédulité chez les citadins, cependant c'est là un fait d'observation journalière. Soit cupidité, ambition d'agrandir son domaine, de dégrever sa ferme d'hypothèques ou engagement imprudent envers le propriétaire de fabrique, de Mai à Novembre, la généralité de nos cultivateurs portent leur lait soit à

la beurrerie, soit à la fromagerie. On se contente de mettre en réserve deux ou trois chopines, et comme il n'y a plus de laiterie propre et fraîche, on place ce lait dans l'armoire à tout mettre exposé à la chaleur, aux mouches aux poussières etc..

Quelles sont les conséquences de cette parcimonie ?

Le nourrisson soumis à l'allaitement mixte ou artificiel devra se tirer d'affaire, d'une traite à l'autre, avec l'unique échantillon de lait mis à part pour son usage, fut-il tourné, aigri ou contaminé. Ce qui étonne, quand on observe ce qui se passe, c'est que le nombre des mortalités, par maladies diathésiques, chez les enfants au-dessous d'un an, ne dépasse pas cinq mille annuellement.

Ensuite les sujets de la seconde enfance, privés de leur aliment principal, disons mieux de leur nourriture essentielle, partagent la nourriture des adultes et au lieu d'être gras et joufflus, roses et potelés comme le rêvent les poètes, ressemblent plutôt à ces petits êtres pâles, chétifs, à l'apparence souffreteuse qui se rencontrent dans les quartiers pauvres des grandes villes. Aussi ne faut-il pas devenir sceptiques quand les rapports du Bureau d'hygiène révèlent une mortalité annuelle de quatre mille cinq cent parmi cette classe qui est l'espoir de l'avenir.

Enfin sans le lait à quoi se réduit la diète de l'adulte, car remarquons avec la Palisse qu'il n'y a pas de crême sans lait, et pas de beurre sans crême ; on ne se prive pas de lait pour acheter du beurre, et le beurre du printemps n'est pas appétissant. Durant l'été, à cette saison où le laboureur fait la plus grande dépense de force musculaire pour les travaux de la ferme, ses menus se composent de lard, patates, œufs cuits durs et d'omelettes avec une soupe aux pois. Matin, midi et soir, du lard et des œufs arrosés comme breuvages de deux ou trois bols d'un thé, dont la quantité ne supplée certainement pas à la qualité. Aux champs, n'ayant plus de lait pour apaiser sa soif et retrou-

ver ses forces, il se fabriquera une liqueur quelconque dont le sucre et le vinaigre sont généralement les éléments constituants.

Sous l'effet de ce régime carné l'estomac se fatigue, l'appétit diminue, alors on cherche à faire diversion en substituant à la viande des patisseries encore plus indigestes, ou le sirop d'érable, non comme dessert, mais comme plat de résistance. Hélas ! gare aux fermentations et au pyrosis !

Vous allez dire : il serait pourtant facile d'introduire un peu de variété dans ce régime par l'usage des végétaux ? chose singulière, ce sont précisément ceux qui récoltent le plus de légumes qui en mangent le moins. A part les pommes de terres dont on abuse souvent, les végétaux jouent un rôle très effacé dans l'alimentation de nos nationaux, nous ne sommes pas Français sous ce rapport. Pourquoi ? parce qu'on ne sait pas les assaisonner. La matière première est abondante, malheureusement les connaissances culinaires de nos maîtresses de maison sont trop restreintes, d'où le manque de variété dans la préparation des aliments.

Par suite de ce régime carné intensif, générateur d'intoxications alimentaires, il n'est donc pas étonnant que le peuple Canadien français, dans ses éléments les plus sains et les plus vigoureux, soit en voie de devenir une nation de dyspeptiques et, comme résultante, un peuple de dégénérés. "On ne fait pas de " force musculaire avec de la viande, écrit encore Huchard, mais " avec du pain et des graisses. Un régime où entre, au moins " [illegible] proportions égales, la viande, les végétaux et le lait, étant " celui qui donne les meilleurs résultats au triple point de vue " du développement musculaire, de la force et de la longévité."

Quels seront, alors, les meilleurs moyens de rendre à la nationalité canadienne-française sa vitalité périssante ?

"Sublata causa tollitur effectus" dit le vieil axiome philo-

sophique. Voilà une formule très simple dans sa rédaction, mais parfois plus complexe dans son application.

En premier lieu, si nous, hommes de l'art, avons à cœur de remplir fidèlement notre mission, il nous faudra saisir toutes les occasions de disséminer dans la clientèle des connaissances rationelles sur le régime alimentaire et les dangers de l'alcóolisme. Cette semence tombera sur un terrain bien préparé. Car le travailleur du sol se rend bien compte de sa déperdition de forces. Les progrès sensibles, réalisés dans la prévention des maladies contagieuses, sont une garantie que nous pouvons compter sur le bon vouloir et l'intelligence de nos compatriotes, pourvu que nous sachions agir "*fortiter in re et suaviter in modo.*"

En second lieu, soit par l'entremise de la presse, des bureaux d'hygiène, ou des sociétés médicales, attirer l'attention du clergé, l'ami naturel de toutes les bonnes causes et le conseiller respecté du peuple, sur l'importance des réformes à accomplir dans le mode d'alimentation de nos concitoyens. Ce serait suffisant pour nous assurer son appui et lui voir mener de front cette œuvre de régénération avec sa croisade en faveur de la tempérance qui produit plus de bien que tous les pamphlets, les harangues et les ligues des prohibitionnistes.

Enfin, au risque d'être accusé comme bien d'autres de ne pouvoir rien faire dans cette province sans l'aide du trésor public, le gouvernement provincial, qui a la tâche de veiller sur la santé générale, devrait être mis en demeure de prêter son concours effectif pour mener à bien cette campagne d'un intérêt primordial. Si l'administration croit bon d'enseigner aux cultivateurs la manière de fertiliser le sol, comme choisir les races d'élevage et alimenter son troupeau pour en tirer le plus grand profit possible, n'est-il pas plus naturel de veiller à ce que le cultivateur lui-même conserve sa force de production, puisqu'il est la base de la richesse nationale ? L'enseignement de l'hygiène dans

les écoles donne peu de résultats pratiques immédiats, mais cet enseignement peut se compléter dans les cercles agricoles, ces chaires d'où la lumière descend sur le peuple. A défaut de conférenciers spéciaux, ce qui serait l'idéal, les conférenciers agricoles pourraient saisir l'occasion de leurs tournées annuelles pour jeter dans l'intelligence de leurs auditeurs des notions sur les diverses rations alimentaires, les inconvénients du régime carné intensif et la nécessité de joindre à l'usage de la viande celui des végétaux et des laitages en plus grande proportion. Le Conseil d'hygiène aurait la tâche de leur préparer des instructions claires et précises sur ces matières.

Le Journal d'Agriculture peut devenir aussi un excellent moyen de diffusion des connaissances hygiéniques. A côté du chapitre consacré à la floriculture, pourquoi n'y pas inscrire leur article sur l'hygiène de l'enfance, l'hygiène des mères, l'hygiène de la table, sur la préparation des aliments avec, au besoin, des formules gastronomiques? *Le " Country Gentleman "*, le modèle des journaux agricoles, publie dans chaque numéro un menu pour tous les jours de la semaine, menu redigé de manière à n'y faire figurer que les produits de la ferme, et il faut savoir quelle nourriture riche et variée la baguette d'un cordon bleu peut tirer du jardin, de la cave, et du verger du cultivateur !

Puisqu'il appartient à la mère de famille de veiller sur la santé du personnel de sa maison, responsabilité très onéreuse, ne serait-il pas temps de voir s'établir dans la Province, parallèlement aux cercles agricoles, ces associations de femmes qui sous le nom de "Women's Institutes" propagent des connaissances sur l'économie domestique, l'art culinaire et les petites industries de la ferme dans Ontario ? Les résultats de cette institution féminine sont si satisfaisants que le gouvernement les subventionne et les fait visiter par des conférenciers officiels.

Nous voyons poindre une objection : où prendre l'argent pour la réalisation de tous ces beaux projets ?

Notre Province a des ressources naturelles immenses, n'attendant que des bras vigoureux pour en assurer le développement. Cette partie du pays n'ayant pas d'attrait pour l'émigrant étranger, il nous faut donc compter sur nos propres forces pour exploiter et mettre en valeur le riche patrimoine qui nous est échu en partage. L'augmentation de population requise pour cette fin viendra du dedans et non du dehors, c'est pour cela que tous nos gouvernements dépensent chaque année de larges sommes pour encourager la colonisation, pour la création de nouvelles famil'es et de nouvelles paroisses. Ce mouvement colonisateur n'étant pas aussi rapide qu'on le désire, le canadien-français est accusé de ne plus aimer la culture, d'avoir peur de la forêt ! N'oublions pas une chose, si le jeune homme redoute le défrichement, ce n'est pas le travail qui l'effraye. mais la certitude qu'il n'a pas le force physique nécessaire pour supporter ce rude labeur.

Comme en toute chose il faut commencer par le commencement, que le gouvernement consacre une petite partie de ses actions,

1° A conserver à ses administrés leur vigueur physique, à développer des constitutions fortes et robustes en leur faisant enseigner l'hygiène.

2° A nous donner un surplus de population, en aidant le corps médical à arracher à la mort, chaque année, 5000 ou 6000 enfants victimes de l'ignorance et des préjugés, que des soins intelligents conserveraient si aisément à la Patrie.

3° A combattre ces maladies évitables, entr'autres la tuberculose, qui enlèvent à la province tant de vies précieuses.

C'est là un devoir patriotique auquel tout citoyen intelligent serait heureux de s'associer.

DE LA DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Par le Dr P. PELLETIER, Sherbrooke.

La question de la lutte contre la tuberculose doit être envisagée à des points de vue très divers, et les problèmes qu'elle soulève, soit dans l'ordre social, soit dans l'ordre économique, sont extrêmement nombreux. Parmi ceux-là, nous ne voulons étudier aujourd'hui, que ceux qui sont relatifs à la responsabilité en matière de tuberculose professionnelle.

La campagne qu'ont entreprise les médecins et les hygiénistes qui s'occupent de la question de la défense sociale contre la tuberculose, aura pour résultat de créer, dans le public, une véritable microphobie qui, faisant traiter les tuberculeux à l'égal des pestiférés, déterminera les patrons, chefs d'industries, directeurs de collectivités, à les bannir de leurs ateliers.

De tous les modes connus de contagion de la tuberculose, je ne parlerai ici, que de celui résultant d'une contagion à l'atelier, ou au bureau par des collègues, et de celui résultant d'une prédisposition créée par les occupations professionnelles.

Je me servirai ici des observations du professeur Morjan. Il a observé un bureau dans lequel entrait, il y a dix ans, un employé tuberculeux qui mourait quelques mois après. Depuis cette époque, trois ou quatre employés, jusqu'alors bien portants, sont devenus tuberculeux à leur tour.

Il a eu aussi l'occasion, en donnant ses soins à des ouvriers de plusieurs maisons de fourrures de Paris, de constater, que,

tandis que, dans la plupart d'entre-elles, les malades présentaient des affections banales des voies respiratoires dues simplement à l'irritation mécanique ou chimique du nez ou de la muqueuse nasale du pharynx, du larynx ou des bronches ; dans d'autres, il rencontre presqu'exclusivement des affections tuberculeuses chez les malades dont la plupart étaient exempts d'antécédants héréditaires.

Ces faits ont provoqué une enquête qui a démontré que, dans ces derniers établissements, dans un même emploi, à la même place, trois ou quatre personnes étaient successivement mortes de tuberculose.

Cas faits permettent d'affirmer, avec tant d'autres, que j'ai puisés dans différentes revues de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats-Unis, et qu'il me ferait plaisir de rapporter ici, si j'en avais le temps, que lorsque la tuberculose évolue ainsi chez un sujet exempt de tares héréditaires ou personnelles, elle est le résultat d'un manque de prévoyance de la part du Chef d'Industrie. Il incombe donc en effet à ce dernier, lorsqu'il constate des faits semblables, de procéder à une désinfection méthodique de ses locaux, et s'il s'y refuse, il devrait être passible des mêmes pénalités que celles imposées pour la variole, la diphtérie, etc..

Quant aux affections tuberculeuses résultant de prédispositions créées par les occupations professionnelles, tout le monde sait que tels sujets délicats, nés de parents tuberculeux, mais ayant été séparés dès le bas âge du foyer d'infection, élevés à la campagne, jouissent d'une assez bonne santé, et ne présentent aucune trace de tubercucose tant qu'ils habitent un milieu sain. Par contre, ils deviennent très souvent tuberculeux s'ils se renferment dans les manufactures où l'air vicié réveille une affection qui existait à l'état latent ; ou bien, ainsi que les expériences d'Assaki le démontrent, en sagissant sur les sujet infec-

té par des toxines, ces milieux infectés ont déterminé des tuberculoses locales qui sont devenues le point de départ d'affections générales.

Telles sont quelques unes des observations sur lesquelles j'ai voulu attirer l'attention de ce savant congrès.

Il est bien certain que la solution est difficile à indiquer ; mais, à mon avis, il vaudrait mieux, je crois, essayer d'instruire le peuple sur la contagiosité de la maladie, sur les moyens à prendre pour l'éviter, et sur les moyens que ceux qui en sont malheureusement atteints, devraient prendre pour ne pas contaminer leur famille, ni le public en général. On devrait les renseigner aussi sur les moyens de guérison, par l'organisation d'institutions de prévoyance analogues à celles qui existent ailleurs, ou de sociétés anti-tuberculeuses telles qu'il y en a en Allemagne, en Angleterre, en France et au Portugal.

Au Portugal, le combat contre la tuberculose est entrepris depuis longtemps.

Dans les temps anciens on rencontre déjà des dispositions légales basées sur la croyance générale de la contagion de la maladie. Cela date des premiers siècles.

Le mouvement général pour la lutte contre la tuberculose s'est développé pendant ces dernières années, en Russie surtout, sous l'influence des congrès spéciaux, mais on voit que les premiers sanatoria ont été construits sous Alexandre III et Nicolas II.

Depuis, il s'est construit un grand nombre de sanatoria dans différentes parties de la Russie.

Aux Etats-Unis, il y a plusieurs Etats qui ont passé des lois anti-tuberculeuses et favorisé l'établissement de sanatoria.

Aussi voit-on que le combat de la tuberculose humaine par les lois et règlements contre la propagation, par les crachats de

phtisiques, a fait beaucoup de progrès ces dernières années dans quelques villes de l'Union Américaine.

A New-York, par exemple, on a puni plusieurs personnes qui expectoraient dans les tramways.

L'ancienne et modeste affiche : "Il est défendu de cracher par terre" est remplacée par un placard en grandes lettres affiché dans tous les tramways et chemins de fer de la ville et ainsi rédigé : " Cracher sur le plancher est un délit. $500.00 d'amende ou un emprisonnement pour un an, ou les deux peuvent être imposés à la fois. Par ordre du Bureau d'Hygiène."

D'après les renseignements que j'ai pris du célèbre Dr Knopf, Membre de l'Académie de Médecine de New-York, et partisan sincère de la lutte anti-tuberculeuse, je vois que des sociétés pour la prévention de la tuberculose, se sont formées ici et là.

On bâtit un peu partout des sanatoria. Le Gouvernement des Etats-Unis en entretient quelques-uns.

Des Sociétés se sont formées à l'étranger sous la direction de hauts personnages. En France, par exemple, sous la direction de Casimir Périer, de Bouchard, Péan, Bartholoni, Grancher, Guyon et beaucoup d'autres, sous la présidence d'honneur de Mr. le professeur Brouardel.

Convaincus de l'imminence du danger de la tuberculose en Canada, vous approuverez les efforts faits en Europe, et les efforts que nous voulons faire ici pour enrayer, autant que possible, ce terrible fléau, et vous nous accorderez, j'en suis sûr, votre concours.

Chaque année, en Canada, 8,000 personnes succombent à la tuberculose, maladie d'autant moins curable qu'elle est, à ses débuts, traitée suivant une série de moyens hors de la portée des déshérités de la fortune en dehors du sanatorium.

Le tuberculeux, de retour chez lui, apprendra à la ménage-

re à ne jamais balayer à sec, il lui apprendra à régler l'aération de la chambre. Il lui indiquera les précautions à prendre pour le lessivage du linge.

Il expliquera aux autres malades, s'il y en a, qu'il ne faut jamais cracher par terre parce que ces crachats desséchés renferment des éléments virulents qui, mêlés à la poussière, risquent constamment de les réinfecter, et les empêchent de guérir.

Il s'efforcera aussi de les convaincre qu'il est nécessaire, dans leur propre intérêt, de cracher dans un vase contenant un antiseptique capable de détruire les germes malfaisants que ces crachats renferment en si grand nombre.

Pour se rendre compte de l'influence des sanatoria populaires, en n'envisageant qu'un point du problème tuberculeux, il suffit de comparer ce qui se passe en France, et ce qui se passe en Allemagne.

La mortalité par la tuberculose, pour un millier d'habitants, après avoir été en Allemagne de 3446 décès dans la période de 1880 à 1886, est tombée à 2866, dans la période de 1894 à 1897.

En France, la mortalité a suivi la progression contraire, de 2820 cas en 1887-1895, elle est passée à 3005 en 1894-1895.

En France il n'y avait que deux sanatoria tandis qu'en Allemagne, il y en avait 64.

Cette statistique empruntée au récent rapport général du professeur Brouardel, est la démostration la plus éloquente des ravages exercés par la tuberculose, ravages bien supérieurs à eux seuls aux décès réunis des autres maladies contagieuses, et de l'efficacité des sanatoria.

Or il n'existe dans toute la Province qu'un seul sanatorium pour adulte, et c'est une entreprise privée, due à l'énergie et au travail que s'est imposé Mr le Dr. Richer de Montréal.

Le sanatorium de Ste-Agathe des Monts, qui rendait déjà de grands services, a été détruit, il y a à peine un mois, par un incendie.

Le tuberculeux pauvre n'a donc encore aujourd'hui que deux alternatives.

Ou de rester malade dans son étroit logis, et de tuberculeux devenir phtisique, pour succomber après avoir contaminé son entourage, ou entrer dans les hôpitaux encombrés et nullement aménagés pout lui procurer l'air, le repos, l'hygiène et l'alimentation indispensables à sa guérison ; si bien que le malheureux n'entre d'ordinaire à l'hôpital que pour y longuement mourir.

C'est pourquoi il devient urgent pour nous médecins, d'insister pour que nos gouvernements dotent d'organes nouveaux, l'assistance Médicale, en aidant à l'établissement de sanatoria publics pour les pauvres, où le tuberculeux, non fortuné, dénué de ressources, trouvera réunis les éléments indispensables à sa guérison.

Le sanatorium, entre les mains de médecins habiles, sera, pour les malades, un instrument perfectionné de guérison comme, pour leur famille, un instrument de préservation.

Mettant les malades à même de guérir, nous voulons, par nos tuberculeux guéris, apprendre au grand public que la tuberculose est curable contrairement à ce que trop de personnes s'imaginaient encore. Nous voulons démontrerr que si tant de gens deviennent phtisiques, c'est que la lutte est mal engagée, et cela en dépit de la meilleure volonté possible.

Si nous pouvons mettre à la portée des tuberculeux la cure de sanatorium, nous prétendons, par la guérison de ces malades donner au public une leçon de choses qui se résume à deux idées encore trop peu répandues.

La curabilité de la tuberculose, d'abord, son évitabilité en-

suite, par les enseignements et les habitudes d'hygiène que rapportera chez lui le tuberculeux rendu à la famille ou à l'atelier, au lendemain de sa guérison.

C'est en cela que le sanatorium, n'étant pas uniquement un instrument de guérison pour les malades, servira à la sauvegarde de nous tous qui sommes intéressés.

Il y a déjà plusieurs sanotaria en Amérique. New-York, la Californie, le Connecticut, le Maine, le New-Jersey, l'Ohio, la Pennsylvanie et le Rhode-Island en possèdent. Au Canada, nous en trouvons dans la Colombie Anglaise, dans Ontario et le Nouveau-Brunswick où il y a le célèbre sanatorium de Muskoka.

Je laisserai ici la parole à M. le docteur Delbaste, législateur français qui dit :

" A mon avis, la lutte la plus efficace contre la tuberculose consistera toujours dans l'amélioration progressive des conditions de l'existence. C'est l'organisme qu'il faut rendre réfractaire à la tuberculose par l'application des préceptes de l'hygiène générale."

Que l'on assure la salubrité du travail, que l'on fasse la guerre au surmenage, que l'ou assainisse les logements dans les villes et la campagne, que l'on construise des sanatoria pour pouvoir y recevoir les malades pauvres, et nous pourrons espérer voir diminuer le nombre des victimes que fait tous les ans ce terrible fléau. L'on sait que c'est la classe pauvre, la classe laborieuse qui paie le tribut le plus lourd à la phtisie. Le riche peut toujours se procurer le nécessaire à sa conservation, tandis que le pauvre, toujours obligé de soutenir sa famille, et plus souvent encore, n'ayant pas les moyens de se faire soigner, se néglige, devient incurable et aussi devient un foyer de contagion pour sa famille et le public en général.

Sans parler des crachats de tuberculeux que tout le monde

sait être infectieux, je me permettrai de dire que si, dans la pratique, quelqu'un de vos clients vient à perdre un parent ou un ami de la phtisie, on devra soumettre toute la chambre les meubles, le lit, les livres et tous les habits à une désinfection radicale dès que le cadavre aura été enlevé.

Une plus belle occasion ne pouvait certainement pas m'être fournie, pour inviter mes honorables confrères de toutes les parties de la Province et des Etats voisins, à se joindre au mouvement qui se fait actuellement contre ce terrible fléau qui décime sournoisement mais sûrement notre population.

Qu'il me soit permis, avant de terminer, de vous faire cette réflexion-ci, empruntée au célèbre Dr Knopf : " Quand Lister, à la suite de Pasteur, établit les lois de l'antiseptie chirurgicale, les chirurgiens, imbus d'une autre méthode, n'auraient pas tous embrassé la nouvelle doctrine, si l'opinion publique ne leur avait pas forcé la main. Il doit en être de même de la tuberculose."

Quand le public saura bien qu'il faut prendre des précautions contre cette maladie, qu'il est dangereux de cracher par terre, que le crachat est le plus grand véhicule de la contagion, qu'il faut habiter des demeures aérées, il réclamera lui-même de son médecin, des soins hygiéniques et du législateur la protection.

La loi devra suivre l'opinion publique, mais cette opinion publique c'est à nous de la créer.

C'est à l'ignorance, au manque d'air, de lumière, de soleil, aux habitations insalubres, à la malpropreté, à la nourriture insuffisante, et avant tout, à l'abus des boissons alcooliques, qu'il faut attribuer la tuberculose et son extension actuelle.

C'est l'affaire des gens instruits de lutter contre l'ignorance du peuple en matière d'hygiène, et de combattre en particulier l'ignorance de l'hygiène de la tuberculose.

Les médecins, les instituteurs, les patrons, de même que tous ceux qui le peuvent, devraient s'efforcer d'enseigner au peuple les moyens de se protéger contre la maladie.

Comme conclusion, empruntée encore du Dr. Knopf, à qui, je dois une foule de renseignements qui m'ont permis de faire ce travail, je dirai après lui :

La tuberculose, qu'elle se présente sous la forme de phtisie pulmonaire ou sous une autre forme, est très-souvent curable et peut être évitée.

Dans un pays civilisé, il est certainement possible de combattre avec succès et d'une manière durable, la tuberculose considérée comme maladie du peuple.

Il est nécessaire pour cela de provoquer l'action commune d'un gouvernement sage, de médecins instruits et d'un peuple intelligent.



GÉOGRAPHIE MÉDICALE

Par JOSEPH SCHM[illegible]T

Médecin à Anticosti

L'Ile d'Anticosti, située dans le Golfe St-Laurent, occupe, sur la sphère terrestre, l'espace compris entre le 61, 38 et le 64, 35 degrés de longitude ouest de Greenwich et le 49, 4 et le 49, 53 degrés de latitude Nord. Alors que sa longitude s'étend sur un espace de 3 degrés, sa latitude, au contraire, se trouve toute entière dans un seule degré. Il résulte de cette disposition et en outre de l'uniformité du terrain, composé de puissantes assises siluriennes d'un parallélisme remarquable et dont l'inclinaison en pente douce au sud-ouest est régulière, sans accident important de terrain ainsi que d'une régularité de la température des aux du Golfe, due à la puissance des marées et des courants, que l'Ile présente, dans toute son étendue, un climat sensiblement identique.

D'après les observations publiées par le Service météorologique du Canada, et d'après celles que j'ai pu prendre tous les jours depuis 1896, au moyen d'appareils enregisteurs, il est parfaitement évident que l'Ile jouit d'un climat beaucoup plus régulier que bien des points situés dans l'intérieur du continent Américain, et que si, par exempla, nous avons moins chaud en été qu'à Québec nous avons en revanche, quoique plus au Nord, moins froid en hiver.

Si nous comparons quelques points continentaux situés sous la même latitude, dans l'hémisphère Nord, nous voyons qu'en

Canada, à Winnipeg, les hivers sont incomparablement plus froids que sur l'Ile et les étés un peu plus chauds.

En continuant notre revue rapide des climats de même latitude en allant à l'ouest, nous constatons qu'à mesure que nous approchons de la côte de l'océan Pacifique, la courbe thermique est plus relevée en toutes saisons, et qu à Vancouver, hivers et étés sont beaucoup plus chauds qu'à Anticosti. Cela n'a rien d'ailleurs, qui doive nous surprendre, étant donné que dans l'hémisphère Nord, les côtes occidentales des continents sont visitées par les courants marins chauds, alors que les côtes orientales sont baignées par les courants froids venus des pôles.

Bien que les documents manquent, en partie à cet égard, il est permis de croire que sous la même latitude nous retrouverions notre température d'Anticosti dans certaines îles de la Mer d'Okhotsk, en bordure du continent asiatique, et qu'en pénétrant dans ce Continent, nous rencontrerions au contraire à Mergen, Kirghiz Nor, Tourgaï, les écarts de température plus considérables des climats purement continentaux. Il en serait de même pour ces écarts en poursuivant notre course en Europe et en passant par Poltava, Lemberg, en Russie, Pilsen, Baireuth, Wurzbourg, Darmstadt, Luxembourg en Allemagne et enfin Rocroi, St-Quentin, Amiens, Dieppe, Cherbourg, etc., en France, où la température s'égalise d'autant plus que nous nous rapprochons davantage de l'Océan Atlantique.

Anticosti, tout en bénéficiant de la la régularité de la température du climat marin, n'est toutefois pas une île océanique, mais bien une île continentale. A ce point de vue, l'un des avantages qu'elle retire de la proximité de son immense voisin est la rareté de la brume et la fréquence de la pureté du ciel qui la rend, de ce côté, très différente de St-Pierre et Miquelon. C'est même à cette pureté du ciel que l'île doit en partie la luxuriance de sa végétation en ce qui concerne les graminées et le

mûrissement du blé et du mais bien que le thermomètre qui place l'Ontario dans le climat tempéré, nous oblige, en suivant la classification de J. Rochard, à placer Anticosti dans le climat froid, dernière zone avant le climat polaire.

Ce climat ne nous présente en somme que deux saisons, un long hiver et un été fort court pendant lequel la végétation parcourt entièrement son cycle avec une étonnante rapidité.

En Juillet, la température s'élève rarement au dessus de 23 degrés centigrades pendant quelques instants et en hiver ne descend qu'exceptionnellement au dessous de 35 degrés. Ces extrêmes ne se produisent même pas chaque année.

L'île est toute entière recouverte d'une forêt composée surtout de sapin, d'épinette, de bouleau, de mélèze, de sorbier, de faux-tremble, de peuplier beaumier, avec, de place en place, du pin et du frêne. Cette forêt, très dense, parsemée de lacs et de savanes, est souvent en été presque impénétrable, mais dans les chemins nouvellement ouverts ou dans les portages naturels des rivières, le voyageur s'y délecte de la pureté des brises marines qui se mêle agréablement à l'odeur résineuse des essences forestières sous l'influence de l'action actinique de l'astre du jour. Nombreuses y sont, en toutes saisons, les journées délicieusement ensoleillées.

La terre d'Anticosti est naturellement fertile et de nombreux travaux de défrichement, accompagnés parallèlement de grands travaux d'assèchement, égouttent le sol trop humide et font pénétrer jusqu'à lui l'air et le soleil.

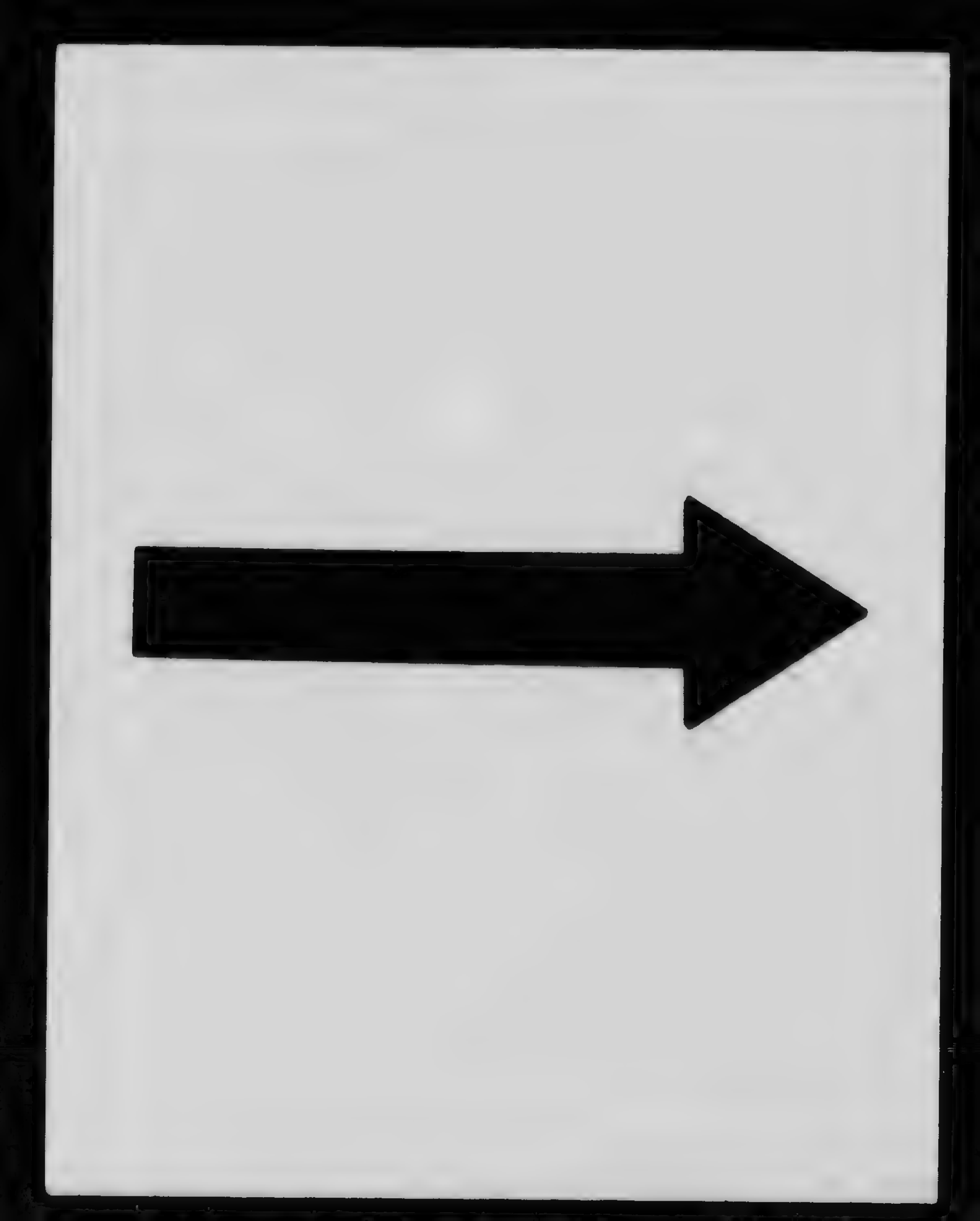
L'eau y est partout en abondance et se trouve de bonne qualité. Elle provient en grande partie de la fonte des neiges qui forme une réserve que l'humus, les mousses et les arbres ne laissent évaporer et goutter que peu à peu pendant l'été. Aussi se trouvent en quantité les sources limpides qui forment les lacs et

les rivières où se complaisent de nombreux représentants des salmonidés.

Autour de l'Ile, l'eau de mer qui par le temps calme, est d'une transparence de cristal, change souvent de coloration et prend toute la gamme des teintes suivant l'état du fond et du ciel. Dans le fond des baies, au commencement de l'été les bordures de la forêt sont ravissantes. Le sorbier y montre son feuillage découpé à côté du faux-tremble qui secoue dans la clarté du ciel ses feuilles mobiles au moindre souffle de la brise; plus près de terre, les fleurs du précoce amélanchier et de l'élégant pimbina présentent leur gracieux ornement, tandis que dans la mousse se voit la ravisante orchidée Calypso et que la ronce naine exalte le doux parfum de sa fleur.

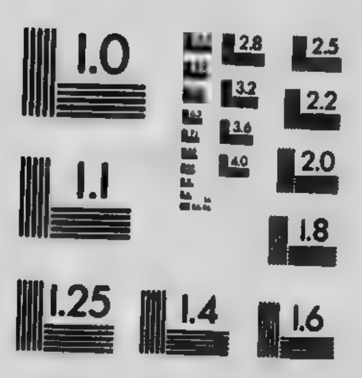
Le climat d'Anticosti est sain, et malgré la quantité de diptères qui sévissent du 15 juin au 15 août et qui, heureusement, disparaissent dans les endroits défrichés et drainés, la malaria y est inconnue. Outre la piqûre des insectes qui s'attaquent à l'homme et aux animaux, ce dont se plaignent le plus les nouveaux arrivants, c'est de la fréquence et de la violence des vents. Il est certain, en effet, que sans parler des tempêtes de l'hiver où le vent glacial du Nord-Ouest défile avec sa *poudrerie* de neige, souvent pendant trois jours consécutifs, avec une température de 20 à 24 degrés centigrades au-dessous de zéro et une vitesse de 60 à 80 milles à l'heure, si bien que les parties du corps qui y sont exposées sont gelées en quelques minutes, il y a, même en été, des vents suffisamment froids pour nécessiter le port continuel de vêtements de laine.

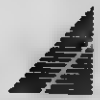
Cette situation climatérique étant définie, voyons en prenant pour guide l'excellent *rapport du Conseil d'hygiène de la Province de Québec*, comment les maladies vont se comporter à l'île sur une population de 500 habitants à laquelle il faut ajouter pendant l'été environ 200 travailleurs du Continent.



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART

(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)





MALADIES CONTAGIEUSES

Neuf articles, sur les 28 du Règlement spécial à l'ile, s'occupent des questions d'hygiène et des maladies contagieuses.

VARIOLE.—A propos de la variole, il est dit dans l'article 18 que tout habitant, en entrant dans l'île, doit être vacciné et revacciné par période au moins décennale. Il résulte de l'application de cet article que la variole nous est jusqu'à présent inconnue et qu'il y a tout lieu d'espérer qu'il en sera ainsi de même par la suite. Je me suis toujours servi pour la vaccine de tubes de lymphe glycerinée de France qui n'ont jamais donné lieu à aucun accident.

Toute la population a donc été de la sorte vaccinée et de même le sont tous les travailleurs qui viennent en été à moins qu'ils n'aient des traces récentes d'une vaccine légitime ou un certificat de leur médecin, constatant une vaccination datant de moins de sept années.

DIPHTÉRIE.—La diphtérie a fait son apparition sur l'île à deux reprises. En 1899 à la Baie du Renard, elle a été introduite par un insulaire revenant, en barque de pêche, du Continent avec sa famille. La maladie s'est déclarée chez un de ses enfants trois jours après son arrivée. Etant donné mon éloignement, le domicile du médecin est à la Baie Ste-Claire, distance de 125 milles marins de la Baie du Renard, la difficulté de la surveillance médicale et le mauvais vouloir des intéressés, la diphtérie n'a pas tardé à sévir. Toutes les familles de la Baie du Renard, qui provenaient en grande partie de Terre-Neuve, ont, du reste, depuis quitté l'île et leurs maisons ont été brûlées, ce qui a constitué la désinfection idéale.

La seconde apparition de cette maladie a eu lieu en novembre dernier à la Baie Ste-Claire où elle semble avoir été introduite par un paquet de linge venu du Continent. Les mesures les plus rigoureuses ont été prises dès l'apparition du fléau ; li-

cenciement de l'école, barrage sanitaire, désinfection au formol des locaux, etc., si bien que la diphtérie a été circonscrite à trois maisons, et que le Jour des Rois, cinq semaines après le début du premier cas, toutes les mesures de rigueur ont été levées, l'école a été réouverte et la maladie était définitivement enrayée.

FIÈVRE SCARLATINE - - AUCUN CAS
FIÈVRE TYPHOIDE - - - DO

ROUGEOLE.—Le premier octobre 1898, quelques jours après l'arrivée d'une jeune fille venant en barque de la rivière Magpie, sur la côte Nord du St-Laurent (Côte Labradorienne), je constatai chez cette personne les premiers symptômes de la rougeole.

La contagion était vraisemblablement déjà effectuée autour de la malade ; aussi, malgré l'isolement du sujet, isolement sur l'efficacité duquel il était difficile de se faire illusion, la maladie se trouva bien vite répandue dans les maisons voisines puis dans tout le pays. En même temps j'apprenais que de nombreux cas de rougeole se développaient également sur la côte Nord du St-Laurent dont nous sommes séparés par un bras de mer de 18 milles de largeur, à l'endroit le plus étroit, et que cette maladie sévissait à la Pointe aux Exquimaux, à la Rivière au Tonnerre, et surtout parmi les jeunes enfants des Indiens des îles Mingan, dont nous sommes éloignés seulement de 14 milles marins, et où elle présentait une forte mortalité.

D'après les renseignements que j'ai eus alors sur ces îles, que j'ai autrefois visitées, la complication la plus fréquente était la broncho-pneumonie. A l'île d'Anticosti, nous avons été plus heureux et n'avons pas eu à déplorer un seul décès.

La rougeole, apportée du Continent, avait débuté à la Baie Ste-Claire et ne tarda pas, par les allées et venues, à gagner le village de l'Anse aux Fraises distant de six milles.

Ces deux endroits sont pour le moment les plus importants de l'ile comme population. Dans chacun d'eux, l'épidemie, qui a été bénigne, a duré environ cinq semaines et, la population presque entière ayant été atteinte, la maladie a pris fin par la même raison que dans le Cid où "le combat finit, faute de combattants."

A part quelques fonctionnaires français et leurs familles, à part quelques pêcheurs qui avaient séjourné autrefois dans la Gaspésie et la Baie des Chaleurs, presque tous les habitants, jeunes ou vieux, ont été atteints.

En France je n'avais guère vu la rougeole que chez les enfants.

COQUELUCHE	—AUCUN CAS.—
PNEUMONIE.	— DO —

OREILLONS.—Les oreillons que les pêcheurs du Golfe appellent "oropiaux" ont fait leur apparition au mois de novembre 1900.

Ils ont débuté sur un pêcheur de l'île qui était de retour de la Gaspésie depuis deux semaines.

Cette maladie, si éminemment contagieuse et si généralement bénigne, n'a pas tardé à s'étendre aux différentes maisons de la Baie Ste.Claire, pour bientôt atteindre l'Anse aux Fraises, mais alors que la rougeole n'avait duré en tout que cinq semaines, les oreillons, au contraire, vu leur plus longue période d'incubation, se sont échelonnés pendant une grande partie de l'hiver. Comme pour la rougeole, les insulaires de naissance ou quelques personnes habitant l'ile depuis plus de 20 ans ont seuls été atteints, à l'exclusion des nouveaux importés tant de France que du Continent Américain.

A signaler dans cette épidémie qui s'est, du reste, maintenue rès bénigne, trois cas d'orcihite ourlienne.

Comme pour la rougeole, également, les familles résidant en des points de l'ile éloignés des deux principaux centres, telles que celles des gardiens de phare et de certains employés de télégraphe n'ont pas été atteintes.

Les oreillons ont affecté de préférence les enfants à partir de 3 ans et les adultes des deux sexes de 15 à 30 ans.

GRIPPE.—L'influenza, qui nous a été apportée par deux fois du Continent pendant nos communications d'été, a laissé d'assez nombreux indemmes et n'a jamais présenté un caractère de gravité chez les sujets qui l'ont subie.

TUBERCULOSE.—Sur les 90 familles qui habitent l'ile, trois ont présenté de la tuberculose, l'une, deux cas de tuberculose pulmonaire chez les jeunes filles ayant séjourné dans un couvent du Continent, l'autre, un cas de tuberculose pulmonaire chez un vieillard venu de la Gaspésie, et la troisième un cas de tuberculose osseuse chez un efant dont la maison était voisine du précédent. Les parents et les cinq frères de cet enfant sont en parfaite santé. Inutile de dire que tout le possible est tenté pour essayer de limiter et d'éteindre ces foyers. Pour ce qui est des rapports continen , toute personne qui vient du Continent n'obtient le droit de résider sur l'île que si elle est indemne de toute tare tuberculeuse.

Quant à ce qui est des animaux importés, ils font à leur arrivée sur l'île une quarantaine dans un sanatorium où je les tiens en observation et l'espèce bovine y subit, par mes soins, l'épreuve de la tuberculine.

MALADIES DIVERSES

SCORBUT.—Quelques cas bénins de scorbut, constatés en 1896 à notre arrivée sur l'île, ont dispar udepuis par l'usage plus fréquent de la viande fraîche et des végétaux.

ALCOOLISME.—L'article 5 du règlement étant ainsi conçu

" L'usage de l'alcool, des spiritueux et boissons fermentées est prohibé ", toute pathologie de ce coté se trouve donc supprimée.

GOUTTE. Aucun cas.

RHUMATISME.—Très rare et à forme articulaire légère.

OPHTALMIE DES NEIGES.—Assez fréquente à la fin de l'hiver chez les impr ts qui ne portent pas de verres de couleur.

ENGELURES.—Elles n'existent pas ici, et certains Français, qui en avaient dans leur pays pendant chaque hiver, n'en ont plus jamais eu depuis leur séjour à Anticosti.

BRONCHITE AIGUE SIMPLE.—Avec les vents humides du sud et du sud-est, les affections des voies respiratoires et particulièrement les bronchites aigues y sont assez fréquentes, quoique sans gravité.

Je m'explique cette bronchite, qui est le plus souvent légère, de la façon suivante : Sous l'influence des vents du sud ou sud est, l'hygromètre enregistreur nous indique alors que l'air est humide presque à saturation, le mucus nasal se gonfle, se liquéfie, la sécrétion augmente, le coryza (rhume de cerveau) se produit et la continuité de la muqueuse amène la bronchite aigue (rhume de poitrine). Si les choses se passent de cette façon, il suffira donc, pour éviter cette bronchite, d'enduire la muqueuse nasale d'un corps gras isolateur, ce qui empêchera le coryza. Et c'est en effet, ce qui a lieu chez les personnes, qui, sur mon conseil, mettent tous les soirs au moment du coucher un peu de vaseline blanche ou mieux de vaseline boriquée dans chaque narine. Pendant le sommeil, ce médicament s'étend de proche en proche, lubréfie toute la muqueuse et la met à l'abri de l'humidité. Tous ceux qui se servent fidèlement de ce procédé ne s'enrhument jamais.

Par les vents du Nord et du Nord-Ouest, beaucoup plus froids et surtout plus violents que les précédents, mais que l'hy-

gromètre enregistreur indique comme beaucoup plus secs, je n'ai jamais constaté le moindre rhume. J'en conclus que dans la bronchite aigue simple, il y a lieu d'incriminer avant tout l'humidité ; je suis loin de prétendre qu'il ne puisse y avoir d'intervention d'autres causes, de causes bactériologiques, par exemple mais ce que je tenais à signaler, c'est que l'humidité est le premier facteur indispensable.

GASTRO-ENTÉRITE DES NOURRISSONS

Les troubles des voies digestives sont rares, sauf la constipation, et toujours bénins. Sur une moyenne de 12 à 18 naissances annuelles, je n'ai vu, depuis six ans que l'habite l'Ile, aucun cas de mortalité, dû à la gastro-entérite.

Cela tient pour une bonne part au climat et à l'absence de fortes chaleurs pendant l'été, mais, cela tient aussi aux avis verbaux et aux remèdes qu'il m'est d'autant plus facile de faire accepter que le service médical est gratuit. En outre, j'ai fait remettre à chaque famille, après les avoir légèrement modifiés pour les mieux adapter au pays, une copie des *Conseils pour les soins à donner aux enfants en bas âge* qui accompagnent en France chaque livret de mariage et qui ont été rédigés par l'Académie de médecine de PARIS.

En résumé, le climat d'Anticosti me semble très sain et très favorable aux personnes qui veulent suivre les règles d'une simple hygiène et se méfier des refroidissements que la violence du vent favorise. Il me parait dangereux pour les tuberculeux pulmonaires dont il provoque les hémoptysies. Je noterai enfin un accroissement manifeste de la taille et de la force musculaire chez les adolescents du service agricole qui habitent l'île depuis quelques années et que l'ón peut comparer à leurs frères et sœurs qui, soit sur le Continent, soit sur l'Ile, sont restés en dehors de

ce service. Cet accroissement tient vraisemblablement à la bonne nourriture et à la vie active au grand air.

Il me reste, en terminant, à remplir l'agréable devoir de remercier les éminents professeurs de l'Université Laval, les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, de la bienveillance qu'ils m'ont toujours témoignée. Que ces savants maîtres soient assurés que je n'oublierai jamais combien j'ai été heureux, dans les trop courts séjours que mes occupations m'ont permis de passer à Québec, de suivre leurs services de l'hôpital et de me retremper dans leur enseignement si fécond.



ENSEIGNONS AUX NOTRES COMMENT COMBATTRE LA TUBERCULOSE

Par le Dr. J. G. PARADIS.

Mon intention, en présentant ce travail, est de vous demander comme aux membres distingués d'une grande et puissante famille, votre aide, votre concours immédiat et actif en faveur de nos compatriotes si lourdement décimés par la tuberculose pulmonaire.

Je m'adresse à des hommes de ma race, je parle à des médecins dont le dévouement et la science sont universellement et justement appréciés, dont le patriotisme est éclairé, et dont l'esprit de confraternité est brillamment démontré aujourd'hui par cette grandiose réunion.

C'est donc une croisade que je prêcherai aujourd'hui, et c'est le concours empressé de toutes vos influences que je sollicite contre la déchéance physiologique de l'enfant par la maison d'école. C'est une statistique aussi intéressante que triste à étudier, que celle de la mortalité des Canadiens-Français par la phtisie. Nous fournissons un appoint beaucoup trop considérable à la tuberculose.

Il est curieux d'observer qu'en Europe, c'est la France qui fournit le taux le plus élevé dans la sombre liste des mortalités dues à cette impitoyable affection. Est-ce que nos pères qui nous ont légué tant et de si brillantes qualités, nous auraient imprimé cette propension native vers ce mal qui fait échec, depuis deux siècles, à la prodigieuse fécondité de nos mères.

On serait porté à le croire. Que cela provienne de causes

ataviques, que cela soit dû à nos habitudes domestiques, à des influences climat[illegible]iques ou autres, n[illegible]s mourons beaucoup trop. —Avec les statisticiens je jette un cri d'alarme. Il y va dans une grande mesure, de notre avenir national. Quelle est donc l'apathie qui nous a endormis jusqu'à ce jour en face de cette calamité qui nous tue nos jeunes gens et nos jeunes mères? [illegible] devons-nous tenir responsable de cette insouciance générale qui s'est manifestée jusqu'à ce jour, du haut en bas de notre hiérarchie sociale, en présence de notre plus dangereux ennemi ?

Il est temps, n'[illegible]st-pas, de faire la part des responsabilités, il est temps de parler et d'agir. En Europe et surtout en Angleterre, en Allemagne, et en France, on s'organise pour lutter contre cet ennemi plus dangereux que le choléra, la fièvre jaune, etc., c'est une lutte internationale. Aux Etats-Unis on a aussi entamé vigoureusement le bon combat, et on constate avec bonheur que les plus heureux résultats couronnent partout ces très louables efforts. Ici au Canada, un réveil plein d'espérance se manifeste en certains endr[illegible]ts. Il nous faut donc, nous membres de la grande famille médicale, favoriser de toutes nos forces ce beau mouvement, et le principal moyen à notre disposition est de répandre partout la science de l'hygiène. Il faut aller au peuple et lui faire connaître que pour lui, le salut est dans la réforme immédiate et absolue de l'hygiène scolaire. Il faut lui montrer les nombreuses misères physiologiques et patholo[illegible]iques engendrées par la défectuosité et par l'insalubrité criminelles des maisons d'écoles rurales, et enfin, il faudra lui dire aussi et de manière à être bien compris, que nous tenons responsables de tout le mal que nous déplorons, l'ignorance et l'incurie des commissions scolaires dans nos paroisses de la campagne.

* * *

Qu'est-ce que c'est que la tuberculose ?

C'est une maladie spécifique causée par un microbe spécial appelé bacille de Koch. Dans ses immortels travaux Villemain a légué au monde médical une étude approfondie et très juste de cette maladie. Et l'on peut dire que la connaissance véritable de la tuberculose date de cette époque, (le 5 décembre 1854). C'est une affection qui frappe tous les âges, toutes les constitutions, toutes les races. Sa nature infectieuse, son absolue contagiosité en font un fléau plus redoutable que les grandes épidémies qui ont ravagé l'univers, à différentes époques de l'histoire médicale.

Le microbe phtisiogène ou bacille de Koch, cause spécifique et nécessaire de la tuberculose, s'introduit dans notre organisme par toutes les voies de l'économie. Sa nature parasitaire en fait donc une maladie essentiellement et dangereusement contagieuse.

On peut prendre le germe tuberculeux par l'estomac, dans nos aliments, on peut l'aspirer dans nos poumons en poussières subtiles : on peut se l'inoculer par la plus légère érosion de l'épiderme. C'est un ennemi contre lequel il faut être constamment en garde ; il ne choisit pas ses victimes et il frappe sur chacun et à toute heure. Le bacille de Koch, introduit dans notre système, par l'une des nombreuses voies à sa disposition, y trouve un champ excessivement propice à sa propagation. Il se nourrit aux dépens des humeurs et des tissus de l'organe où il a élu domicile. Il se multiplie et s'infiltre dans les mailles des tissus, en détruisant tout sur son passage. La matière pulmonaire, la matière cérébrale, les muqueuses de l'estomac, les parenchymes du rognon et du foie, sous l'influence du travail du bacille, perdent leur caractère propre et distinctif, leurs cellules se gonflent, se congestionnent pour subir progressivement une série de métamorphoses qui se terminent par la désorganisation et la mort. De ce foyer tuberculeux partent les colonies

de bacilles qui vont s'implanter dans d'autres milieux organiques, où elles vont semer les mêmes désastres et faire éclore les mêmes séries d'accidents.

Le bacille de Koch ne produit pas seulement une action morbide locale, mais il sécrète un liquide virulent qui se distribue par l'entremise des vaisseaux sanguins dans toutes les parties du système, il imprime par là, à sa victime, un cachet pathologique spécial appelé cachexie. Il n'est pas nécessaire d'avoir l'œil exercé du professionnel pour reconnaître entre mille le malheureux cachectique, nous le rencontrons dans tous les carrefours, sur les places publiques, dans les bureaux, à l'école, et l'on à vite fait de le signaler traînant un peu pa tout sa misérable existence, et semant autour de lui, à pleine bouche, les germes de la destruction et de la mort. Le cachectique tuberculeux est donc un être excessivement dangereux, puisqu'il porte avec lui le germe fatal qui le mine, pour le distribuer insidieusement et sûrement dans l'atmosphère ambiant, par ses déjections et ses crachats.

Pourquoi et en quoi le cachecti[illegible]ue [illegible]berculeux peut-il être cet être malfaisant que je viens de vous présenter. C'est que la tuberculose est une maladie terriblement contagieuse. Il faut accepter cette vérité comme une fatalité inexorable, la tuberculose est absolument contagieuse et on doit inculquer profondément cette vérité dans le cerveau et l'esprit des gens, par tous les moyens possibles. Le bacille expectoré par le tuberculeux, voilà le facteur immédiat de la maladie. Il y a encore une autre source de contagion, c'est la contagion animale. Par l'animal les modes de dissémination sont divers. Les animaux domestiques se tuberculisent autant que l'homme. Une bête malade peut donc semer la tuberculose. Le chien, le chat, les oiseaux de basse cour peuvent devenir tuberculeux. La contagion animale s'opère encore par l'intermédiaire de la viande et

du lait, et il est de fréquents exemples de contamination par le voisinage de l'écurie et de l'étable, où des animaux malsains ont séjourné. Le bacille de Koch possède une ténacité et une vitalité prodigieuses. Ainsi un crachat contaminé, déposé quelques part, se dessèche, la partie liquide s'évapore et le bacille soulevé par l'air le plus léger, va se déposer ici et là, sur un meuble, sur un tapis, sur un lit, et il peut se conserver là dans toute sa virulence, des mois entiers, guettant une victime, prêt à fondre sur une proie. Ce minuscule ennemi frappera, et très souvent mortellement, la personne qui violera sa retraite ou troublera son repos. Déposé sur la chaussée ou sur la place publique, le bacille de Koch, dissimulé au regard le plus aigu, attendra là patiemment l'heure que vous avez choisie pour y faire votre promenade. Escorté d'un être cher, d'un enfant bien-aimé, plein de bonheur et d'espérance, vous discourez joyeusement sur un avenir que vous avez droit d'escompter. Le soleil vous réchauffe de ses rayons vivifiants, la nature féconde vous verse des fluves de santé et de force, mais le microbe jeté là par un passant qui ne vous voulait certes pas de mal, soulevé par la robe traînante d'une promeneuse qui vous précède, voltige avec la brise que vous respirez et s'introduit, à votre insu, par vos organes respiratoires, dans les parties vives de votre être.

A partir de cette minute précise, vous êtes voué à une mort précoce, après des souffrances incalculables et des désespoirs aussi cruels qu'immérités. Partout à l'église, au théâtre, à l'école, dans les voitures publiques, ce macabre infiniment petit est semé à profusion par l'ignorance et l'incurie des malades qui le fabriquent par centaines et par milliers. N'avons-nous pas raison de prêcher énergiquement, de crier partout ce qu'il faut faire pour nous préserver et préserver les nôtres du danger de la tuberculose, plus terrible à lui seul que tous les maux dont est affligée notre pauvre humanité.

* * *

Quel sont ceux qui peuvent devenir tuberculeux ? Vous et moi, tout le monde est susceptible de contracter la tuberculose.

Dans le cours ordinaire des choses, les mêmes causes produisent les mêmes effets. En physiologie, il en est comme des autres lois de la nature. Le bacille de Koch est l'agent pathogène actif, c'est un germe qui ne demande qu'un milieu propre à sa croissance et à sa multiplication. Les tissus et les humeurs de l'économie animale sont les terrains où il se cultive le mieux. Est-ce à dire que tous ceux qui viennent en contact avec le germe tuberculeux, doivent nécessairement souffrir et périr de phtisie tuberculeuse ? Fort heureusement il n'en est pas ainsi. La contagiosité, pour s'effectuer affectivement, doit rencontrer certaines conditions spéciales de milieu et de terrain. Pour germer, croître et porter des fruits, le grain de blé doit être jeté dans un sol particulier, et y être entouré de circonstances voulues par sa nature. C'est-à-dire que ce sol doit contenir des matières nutritives dont il aura besoin, et il lui faut aussi de l'humidité, de la chaleur et de la lumière S'il lui manque un seul de ces éléments,, si le sol est dépourvu des matières minérales propres à sa nutrition. si la chaleur vivifiante du soleil lui fait défaut, la plante s'étiole et meurt. De même, le germe tuberculeux pour croître et se multiplier doit rencontrer un terrain tuberculisable. Quelles sont les conditions qui favorisent chez l'individu l'éclosion de la tuberculose ?

Comme cause prédisposante, nous citerons d'abord l'hérédité. L'enfant, né de parents tuberculeux, ne naît pas lui-même fatalement avec le germe homicide, mais il vient au monde avec un tempérament et une constitution éminemment favorables à son éclosion. "On ne naît pas tuberculeux mais tuberculisable,"

dit Peter. "Ce que les parents contaminés transmettent à leurs enfants, c'est la tuberculose en expectative et non en nature," dit Bouchard. Cette opinion est admissible, mais il n'en est pas moins vrai que la lésion héréditaire a été surprise en flagrant délit chez l'enfant nouveau-né. Dieulafoy ajoute que l'inoculation du sang d'un enfant nouveau-né d'une mère phtisique a pu déterminer chez le cobaye une tuberculose analogue à celle que détermine un fragment de poumon tuberculeux. Ce fait a été aussi démontré par Landousy et Martin.

Nous devons donc admettre la possibilité de la transmission du germe tuberculeux de la mère à l'enfant. "Toute la question, dit Dieulafoy, est de savoir pendant combien de temps, le germe pourrait vivre ainsi, en conservant sa virulence."

Cette latence des bacilles, ajoute le même auteur, n'a rien qui nous surprenne. La transmissibilité du germe tuberculeux des parents à l'enfant, pour être un fait indéniable, n'en est pas moins excessivement rare. Comme nous le disions il y a un instant, l'enfant hérite de la prédisposition à contracter la tuberculose, c'est un terrain favorable à son éclosion. Toutes les causes qui débilitent l'individu, la maladie, le surmenage, la mauvaise alimentation, l'insalubrité des batiments, mettent le terrain en état de réceptivité. Jaccoud disait il y a trente ans : "La tuberculose est l'aboutissant commun de toutes les détériorations constitutionnelles de la famille et de l'individu."

L'une des principales excuses de la perte de vitalité de nos enfants, c'est l'abominable hygiène de nos édifices publics et surtout de nos maisons d'écoles rurales.

Où sont donc, dans nos campagnes, les officiers qui s'occupent de la question de la salubrité, lorsqu'il s'agit de construire une maison d'école cantonnale ? L'ignorance et la mesquinerie criminelles de la majorité des commissions scolaires à la campagne constituent un désastre et une disgrâce nationales.

Nos habitants, règle générale, se logent confortablement et dans bien des cas, leurs édifices ne pêchent en rien contre les lois de l'hygiène

Mais s'il s'agit de se cotiser pour construire une maison d'école où nous devrons séjourner de nombreuses années durant, on lésine, on discute. on se chicane et l'on fait le plus mal possible.

Il faut les voir comme nous les avons vues ces maisons, basses, étroites, malpropres, mal éclairées, dépourvues de tout moyen de ventilation, situées dans de très mauvais endroits climatériques. Ces usines de la tuberculose ne devraient pas être tolérées un instant.

Du haut de cette tribune, je demande grâce pour ces milliers de petits compatriotes, avides de bon air et de lumière, et à qui l'on ne distribue que des gaz délétères et un soleil parcimonieux.

Je demande grâce pour ces enfants dont l'échine se dévie et se brise sur ces bancs de bois et ces tables boîteuses, instruments de torture, indignes de ce siècle éclairé et progsessif.

Je demande grâce pour l'institutrice canadienne-française, confinée avec une troupe d'enfants dans ce réduit délétère et qui, comme issue fatale, après quelques années devouées à l'instruction d'une classe d'êtres intéressants et intelligents, va mourir phtisique dans un lit d'hôpital, parce qu'on lui a refusé non seulement le confort le plus élémentaire, mais même un traitement suffisant pour se faire soigner chez elle et dans sa famille.

Est-ce que cet état de chose ne vous attriste pas ? Est-ce que cette coupable incurie ne vous fait pas monter le rouge de l'indignation à la figure ? Que l'on ne dise pas que j'exagère, là est le mal, là existe un des grands dangers qui menacent notre existence nationale. Nos grandes institutions, nos collèges de garçons, nos pensionnats de jeune filles ont subi et subissent d'an-

nées en années d'importantes améliorations sous ce rapport. Le jour où l'on aura soustrait l'organisation pécuniaire des écoles élémentaires de nos campagnes aux commissions scolaires telles qu'organisées aujourd'hui, on aura fait un progrès immense dans la bonne voie vers la restauration physique de nos enfants et, partant de toute la race.

La mauvaise alimentation, une nourriture insuffisante, l'humidité des pièces habitées, la privation d'air pur, voilà autant de facteurs de candidats à la tuberculose. Les sujets exposés à l'une de ces causes prédisposantes, congénitales ou acquises, ne deviendront pas tuberculeux de ce seul fait, mais le mal, avec tout son cortège d'accidents, éclatera avec une violence désespérante dès qu'ils viendront en contact avec le microbe phtisiogène. Une autre cause de prédisposition de l'individu à la consomption, c'est l'alcoolisme. L'alcoolique est dans des conditions particulières de réceptivité. Les excès auxquels il s'adonne, en lui enlevant toute force de résistance, en font une proie facile et fréquente de la tuberculose. Le cabaret ne constitue pas seulement une cause prédisposante mais il est très souvent une cause directe. Le consommateur tuberculeux sèmera sur le parquet du cabaret ces germes d'infection qui pulluleront par la suite avec d'autant plus de facilité que l'entretien et le nettoyage de ces sortes d'établissements, est moins soigné. Il déposera sur les parois de son verre, par le contact de ses lèvres, des légions de bacilles. Les habitués qui se présenteront au débit après lui, auront donc une chance des plus belles d'absorber, avec la liqueur, le poison pathogène.

Nous constatons quotidiennement et plusieurs fois par jour, l'existence de ce fait et l'on semble ne pas devoir y porter la moindre attention. Un seul tuberculeux, par son passage dans un débit de boisson, peut donc contaminer un grand nombre des habitués de ces maisons très dangereuses. Que dire des mœurs

défavorables que prennent les gens dans ces milieux absolument condamnables ; nous n'en parlons bien entendu qu'au point de vue de leur santé.

L'habitation de la famille pêche très souvent sous le rapport hygiénique. L'habitation du cultivateur, comme nous le disions tout à l'heure, est elle-même assez convenable dans nos grandes paroisses. La maison de l'ouvrier, à la ville, est beaucoup moins bien sous le rapport hygiénique. Comme les maisons d'école, ces logements sont mal construits, mal éclairés, mal ventilés. Il y a une grande réforme à opérer. On a créé à Paris la commission des logements salubres. Ce corps possède de vastes pouvoirs et rend de grands services. Il dépend de la préfecture de la Seine et il est placé sous la direction d'un médecin inspecteur général. Combien de fois dans notre carrière, déjà assez longue de médecin de campagne, n'avons-nous pas rencontré de ces maisons, foyer de pestilence, sentines de maladies et de mort. Maisons maudites comme le décrit le Dr Coste. Tout y est dans un désordre tout à fait repoussant ; on y couche on y boit, on y crache un peu partout. On s'émeut et l'on met sur pied toute la hiérarchie des pouvoirs publics à la seule apparition d'un cas de variole, de diphtérie, de fièvre typhoides et l'on a raison. Mais pourquoi restons-nous absolument apathiques en présence de tant de causes débilitantes et ruineuses de la santé publique ? Je ne parlerai pas de la mauvaise hygiène des grands édifices industriels, des grands magasins des villes, des grands bureaux publics, des voitures publiques, des gares de chemin de fer, etc.. Il y aurait un livre intéressant à écrire sur ce sujet. Je resterai donc à la campagne puisque la campagne se tuberculise si rapidement.

Parlons donc maintenant de la distribution du bacille de Koch, cause immédiate de tout le mal. La tuberculose se transmet par le contact immédiat ou au moyen d'un intermédiaire. La

cause la plus vulgaire et la plus dangereuse est le crachat. Le tuberculeux, comme le reste des mortels d'ailleurs, a la déplorable habitude de cracher partout et sur tout. Ce qui constitue chez l'un un acte de malpropreté qu'on ne peut trop stigmatiser, devient chez l'autre un crime qu'on ne saurait punir assez sévèrement. C'est par le crachat et à cause de lui que les agglomérations d'individus sont toujours si dangereuses. C'est par lui que nos maisons d'école de campagne, après avoir débilité et appauvri physiquement nos enfants, leur inoculent le microbe tuberculeux. Est-il à votre connaissance, messieurs, et je vous prie de me pardonner si j'insiste autant sur cette question, est-il à votre connaissance, dis-je, que messieurs les commissaires vous aient jamais payé le luxe d'un crachoir, lorsque vous fréquentiez ce qu'on appelle si justement la "petite école"? N'avez vous pas été parfois péniblement surpris de voir un de vos petits compagnons, bien doué au point de vue physique, issu de parents robustes et bien portants, et que vous aviez perdu de vue depuis quelques années, se présenter à vous courbé et souffrant sous le coup de cette terrible tueuse de jeunes gens? Comme des milliers de victimes de la tuberculose il a pris le germe homicide entre les quatre murs de la maison d'école.

Dans nos maisons à la campagne et dans nos villages, vous avez partout constaté la présence sur le parquet des catalognes ou paillassons. Vous ne sauriez croire quel rôle jouent, dans la propagation de la tuberculose, ces nids de microbes. Le tuberculeux ambulant, qui promène chez ses amis du canton son existence déchue, est toujours acueilli avec sympathie par notre hospitalière population rurale. On le trouve intéressant parce qu'il souffre; il serait mal noté celui qui ferait mine seulement de l'éconduire une seule fois. Il faut voir aussi si le pauvre malade abuse de cette complaisance. Aujourd'hui, il va chez son plus proche voision et demain, s'il fait beau et si ses forces le lui

permettent, on le rencontrera dans l'autre bout de la concession. Ignorant qu'il est un danger qui menace la santé et la vie de ceux qui le reçoivent si bien, il prolonge ses visites et il expectore profusément autour de lui et surtout sur le paillasson. Ce détail, apparemment insignifiant, est gros de conséquences désastreuses. Que fait-on de ce morceau de tapis, de ce paillasson contaminé ? On le laissera là jusqu'à l'époque de la prochaine grande lessive, et dans l'intervalle, ce sont des colonies contenant des milliers de bacilles qui séjourneront là dans cette habitation.

Ces bacilles seront aspirés par la famille et par leurs amis. Je ne puis m'empêcher de stigmatiser la grossière habitude qu'ont certaines personnes de cracher jusque dans l'église. Notre éducation, sous ce rapport, laisse déplorablement à désirer. Nous sommes en famille, messieurs, et c'est pour cette raison que je vous cause si librement de toutes ces misères.

* * *

Il est donc parfaitement démontré aujourd'hui que la tuberculose est une maladie bacillaire et conséquemment contagieuse. Le bacille de Koch est l'agent spécifique et nos organes sont les milieux propices à sa culture, à sa croissance et à sa transformation en tubercules. Les candidats à la tuberculose ce sont les malingres, les lymphatiques, les déchus par quelques causes que ce soient etc. .

Que devrons-nous faire pour nous protéger contre ce mal si redoutable ? Isoler le bacille et transformer les candidats pour leur permettre de lutter. Pour arriver à ce résultat nous croyons que le moyen le plus efficace serait d'inculquer, par tous les moyens possibles, à nos populations du haut en bas de l'échelle sociale, la véritable connaissance de la génèse de la tuberculose. Montrons fidèlement au peuple ce que c'est que cet ennemi si edoutable et avec son instinct admirable de conservation il sau-

ra s'en défendre. La croyance la plus accréditée chez nos populations, c'est que la tuberculose est une maladie héréditaire et on ignore absolument qu'elle est si fatalement, je dirai si facilement contagieuse. On se protège contre la diphtérie, contre la variole, contre la typhoïde etc.. On se protégera non moins efficacement contre le bacille de Kock, lorsqu'on le connaitra plus amplement. Pour arriver à ce désirable résultat, il faudrait introduire dans nos écoles les plus humbles comme les plus fashionables l'étude obligatoire de l'hygiène. C'est cette science admirable qui doit nous sauver. N'est-il pas plus raisonnable de croire qu'on sauvera notre génération plus facilement et plus sûrement par la persuasion que par les moyens coercitifs? Disons à l'enfant d'école et répétons lui tous les jours qu'il doit accorder autant de soins à sa culture physique qu'à sa culture morale et intellectuelle.

L'aphorisme classique *mens sana in corpore sano* est absolument vrai. C'est par l'école que nous répandrons les saines notions d'hygiène.

Apprenons à l'enfant à respecter son corps au point de vue hygiénique et il se respectera au point de vue moral. Il est démontré que l'hygiène bien appliquée force l'individu à avoir plus de respect pour lui-même au double point de vue physique et moral. Letulle dit avec raison qu'il n'est pas de voyous aux mains et au linge blancs. L'hygiène bien appliquée n'est pas un luxe qui n'est que l'apanage d'une certaine classe de la société, il faut l'introduire de gré ou de force dans toutes les familles, même et surtout chez les plus pauvres et les plus modestes. Le vulgaire crachoir dans lequel on crache est une arme puissamment efficace contre la propagation du bacille de Koch. Il faudrait donc écrire des volumes en son honneur. En effet on ne pourra jamais trop insister sur la nécessité de rompre à jamais avec notre malpropre habitude de cracher sur le par-

quet. Tous les hygiénistes du monde proclament que c'est le crachat qui est le grand facteur de la contamination.

Est-il donc si couteux de recueillir tous les crachats sans distinction d'origine, d'empêcher leur dessiccation, de hâter leur destruction ? Si, dit Letulle, par un coup de magie tous les habitants de Paris, d'un commun accord, cessaient d'expectorer par terre pour cracher dans leurs mouchoirs, serviettes, et autres objets pour le restant de leurs jours et s'ils pouvaient imposer à leurs descendants la même propreté pratique; en d'autres termes si les crachoirs publics et les crachoirs individuels se substituaient à la pratique ignoble du crachat à terre, on peut affirmer que la mortalité par la tuberculose pulmonaire deviendrait une exceptionnelle rareté ; mais pour qu'une pareille révolution se produise, il faudrait trop d'héroisme de la part des pouvoirs publics, de l'autorité, de l'administration et de l'individu. Ce serait un cataclysme. C'est une habitude invétérée contre laquelle une réforme de nos mœurs ne servira de rien tant que la masse publique ne sera pas convaincue. C'est par l'enfant à l'école qu'il faut commencer la croisade et la continuer avec énergie et persévérance dans la famille, chez les officiers publics. Est-ce que ceux-ci ne devraient pas donner l'exemple ? Vraiment, nous avons plus de confiance dans la bonne volonté de l'enfant.

Dans certains de nos édifices publics, on a bien affiché en grosses lettres : " Ici il est défendu de fumer;" il n'y a que dans les voitures publiques de la compagnie des tramways que j'ai vue affichée la défense de cracher sur le plancher. Est-ce que cette invitation n'a pas bien été accueillie du public ? Est-ce qu'elle n'a pas produit d'excellents effets ? Letulle insiste pour la mise en batterie de crachoirs en tous lieux, dans les gares de chemins de fer, dans l'Hôtel des postes , dans les banques, les

facultés, les églises, les théâtres, les jardins publics, qu'ils soient exposés à tout venant, bien en vue et à profusion.

Ce serait une leçon de choses qui finirait par être comprise. Ce serait une sauvegarde des lois de l'hygiène sociale. Après avoir mis l'enfant et tout le public en garde contre le danger de la contagion par le bacille, nous devrions lui apprendre quels sont les moyens de la combattre lorsqu'il en est atteint. Montrons lui aussi à se tenir en état de non réceptivité, en conservant sa robustesse native et en tonifiant son tempérament, lorsqu'il a le malheur de naître débile. C'est encore en observant strictement les lois de l'hygiène qu'il atteindra ce double desideratum. En Angleterre on a bien compris la nécessité de faire un grand effort en ce sens, et dans les écoles de la Grande-Bretagne, dans les programmes d'études, on donne la place d'honneur à l'hygiène et on la fait très large. La génération anglaise contemporaine, qui s'est imprégnée de ces sages principes, les met aujourd'hui en pratique. Il faut voir quelle énorme transformation a subi la grande Ile Britannique au point de vue de la salubrité. Depuis 37 ans, le chiffre de la mortalité par la tuberculose pulmonaire en Angleterre, est tombé de trente-sept par mille à vingt par mille. Est-ce que ce résultat n'est pas de nature à nous encourager ? Dans le même pays il est une loi qui réglemente la construction des maisons d'écoles et cette loi n'est pas une simple lettre spéculative, n'est pas simplement une belle théorie. Les pouvoirs publics sont inexorables sur ce point. Lorsque nous aurons converti le public à ces deux idées qui manquent à son éducation, la curabilité de la tuberculose d'abord, son évitabilité ensuite par la guerre faite aux expectorations bacillaires, on pourra se dire que l'ère de la restauration commence. En Allemagne on a fait de grands efforts depuis quelques années pour arrêter les progrès toujours croissants de la terrible maladie, et comme en Angleterre, les résultats ont été très heureux. On a

d'abord établi dans ce pays les sanatoria. On en attendait un double résultat ; d'abord le traitement et la guérison des tuberculeux, et en second lieu, la démonstration de la curabilité de la maladie par l'hygiène. Les compagnies d'assurance allemandes ont constaté déjà que la majeure partie des rentes à servir aux ouvriers devenus incapables de gagner leur vie, allait à des tuberculeux. Et d'un autre côté le bureau impérial des assurances contre l'invalidité s'est aperçu que sur mille ouvriers devenus invalides de 20 à 24 ans, 548 étaient en commencement ou en activité de tuberculose, et entre 24 et 29 ans 531 étaient pris par le tubercule. En constatant les grands bienfaits de l'isolement et des traitements méthodiques du malade au début, il créa des sanatoria populaires, en s'efforçant de faire, par ses médecins, dépister la tuberculose pulmonaire à ses débuts. En montrant à ces ouvriers intéressés le péril qui les guette, la caisse d'assurance se mit à soigner en sanatoria, les malades à la minute de leur première attaque. De cette manière elle protégeait compagnons et familles contre la contagion, améliorait toujours, guérissait d'ordinaire les malades soignés à la cure disciplinée et, en leur permettant de rentrer à l'atelier, déchargeait d'autant la caisse d'invalidité.

Ces caisses d'invalidité ont déjà trouvé moyen de réaliser un bénéfice de plusieurs millions, de ce chef. Ce resultat apparaitra énorme si l'on songe à toutes les contagions évitées aussi bien dans les ateliers que dans les familles. Dès la première alerte, le malade est constamment épié par le médecin de la compagnie.

En France on lutte en désespéré contre le mal terrible qui enlève annuellement à notre ancienne mère patrie deux cent mille de ses enfants ; et comme on calcule qu'un malade traîne en moyenne pendant trois années sa lamentable agonie, c'est six

cent mille contagionnés que le bacille atteint, en France, chaque année.

Dans la Province de Québec, nous avons la somme énorme de 10,000 contagionnés chaque année, c'est désastreux! Il est des vérités tristes à dire, mais je vais les répéter cependant. Nous laissons mourir nos frères par apathie et par ignorance. Ce mal nous enlève nos jeunes gens, dans toute leur activité productive, de vingt à trente ans, et il affaiblit la race. Les fils de tuberculeux sont des sujets pathologiques sur lesquels la société n'a pas le droit de compter. Notre pessimisme ne nous empêche pas de constater un réveil des autorités et une direction énergique en faveur de la sainte cause que je vous prêche.

L'honorable Mr. Turgeon à qui je dédie ce modeste mais sincère effort, dans le trop court séjour qu'il a fait au ministère de l'instruction publique de notre province, a jeté un cri d'alarme, et cette voix autorisée et puissante sera entendue, nous osons l'espérer. Si ces quelques lignes peuvent contribuer à hâter d'un seul jour les réformes si instamment désirées, je me rendrai le témoignage d'avoir rendu un grand service à mes compatriotes et à mon pays.



LA MORTALITE INFANTILE DE LA NAISSANCE A UN AN.—L'ŒUVRE DE LA GOUTTE DE LAIT

Par S. BOUCHER

Professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal. Démonstrateur au laboratoire d'Histologie.

La mortalité infantile de 0 à 1 an est excessive dans la province de Québec. Le nombre des naissances est très élevé, mais si, en examinant les statistiques du Conseil d'Hygiène, on compare le chiffre des naissances avec celui des morts de 0 à 1 an, on s'aperçoit que presque la moitié des enfants ne vivent [illegible] une année.

Dans les villes surtout l'étude des statistiques est inté[illegible] sante ; je me permettrai de vous citer quelques chiffres, pr[illegible] dans les rapports des deux dernières années, pour les villes de Québec et de Montréal.

En 1899, il y a eu à Montréal 77[illegible] naissances et 2071 morts de 0 à 1 an, ou 26.8 p. c.; [illegible] 1900, [illegible]22 naissances et 3796 morts, ou 49, p. c..

Les statistiques de Québec sont encore plus démonstratives; en 1899 nous avons 1332 naissances et 605 morts de 0 à 1 an ou 49.9 p. c.; en 1900 1540 naissances et 621 morts, ou 40.3 p. c.

La moyenne des deux années pour Montréal est de 37.9 p. c. et pour Québec de 45. 1 p. c.

La moyenne des deux années pour les deux villes, est de 41.5 p. c.

L'augmentation naturelle de la population n'est donc pas

en rapport avec la fécondité supérieure de la femme canadienne ; cela démontre qu'il faudrait travailler à diminuer cette mortalité effrayante. Cette tâche nous est facilitée par l'étude des travaux publiés depuis quelques années par des hommes distingués; des savants, surtout en France, se sont occupés spécialement de cette question, nous pouvons profiter de leurs observations, et faire bénéficier notre pays de leur expérience.

Cette mortalité est due en grande partie à la mauvaise alimentation du nourrisson, qui l'expose aux affections du tube digestif ; en effet, si on consulte les mêmes statistiques, au point de vue des différentes maladies, on voit que la gastro-entérite et la diarrhée comptent pour plus du tiers de la mortalité, ou exactement pour 39. 2 p.c.; sans compter un nombre très élevé de morts par débilité générale qui, presque toujours, n'est due qu'à de la gastro-entérite chronique.

Les petits enfants sont extrêmment sensibles et la moindre faute contre les règles de l'hygiène générale, en particulier dans leur alimentation, compromet considérablement leur santé. Ceux qui peuvent être nourris par leurs mères sont moins exposés aux dangers de l'infection intestinale que ceux qui sont nourris artificiellement ; cependant, dans les grands centres, bien des raisons forcent les parents à se contenter, pour leurs bébés, de l'allaitement artificiel.

Il ne peut être question de nourrice, dans ce pays, parce que cette coutume n'est pas passée dans nos mœurs,et fort heureusement, on peut dire, parce qu'elle force ces nourrices à délaisser leurs propres enfants, dans le temps où ceux-ci peuvent le moins se passer de leur mère.

L'alimentation par le lait de chèvre ne se fait que très rarement, c'est de lait de vache que l'on se sert pour allaiter les nourrissons. Le lait de vache est la meilleure nourriture pour les petits enfants après le lait de leur mère, mais il contient tou-

jours des germes en grand nombre et il est un bon milieu pour leur développement. Il faut qu'il provienne d'animaux absolument sains et qu'il soit recueilli avec une grande propreté, puis, soumis à la stérilisation le plus tôt possible afin de détruire ces germes, qui, s'il n'était stérilisé que plus tard, auraient produit des toxines que la chaleur ne peut pas détruire et qui sont plus nuisibles que les germes eux-mêmes.

On doit se défier beaucoup du lait ordinaire du commerce, qui, pour une très grande partie, n'est vendu et livré à la consommation que 1, 2 ou même 3 jours après la traite ; ce lait, même stérilisé, est un vrai poison pour les petits enfants.

La stérilisation peut se faire à la maison chez les gens qui disposent d'un revenu suffisant, qui comprennent son importance et qui peuvent faire cette opération convenablement ; mais, chez le pauvre, il est presque impossible de demander cette dépense et ce travail soigné ; pour lui démontrer son importance, il faut attirer son attention par des exemples bien évidents, et c'est par l'établissement de *Gouttes de Lait* telles que les a si bien nommées M. le docteur Dufour, de Fécamp, en France, que l'on parvient, grâce aux bons résultats obtenus, à l'atteindre, à gagner sa confiance, et à lui faire accepter, avec une nourriture saine, les enseignements sur l'hygiène générale qui sont si nécessaires pour l'élevage des bébés ; on peut en même temps lui mettre entre les mains de petits pamphlets dans lesquels il puisera avec plaisir les connaissances de l'hygiène infantile qu'il devient avide de connaître.

Dans ces *Gouttes de Lait*, on prépare spécialement pour chaque enfant la nourriture de chaque jour ; on coupe le lait suivant l'âge et on le distribue dans autant de bouteilles qu'il doit être donné de repas dans les 24 heures, mettant dans chacune d'elles seulement la quantité que le bébé doit prendre dans un seul repas. La stérilisation ne se fait qu'après cette distribution.

On pèse souvent les bébés pour s'assurer de l'augmentation de leur poids et pour régler la quantité de lait à donner.

Les opinions des auteurs sont partagées sur la question de coupage du lait : quelques-uns, comme Budin, à Paris, sont partisans du lait pur, d'autres, comme Marfan, Mauchamp, etc., veulent qu'il soit dilué, et, parmi ces derniers chacun donne la préférence à un mode particulier de coupage ; cependant tous ont pour but de modifier les proportions des parties constituantes du lait de vache, de manière à ce qu'elles se rapprochent, autant que possible, de celles du lait de femme, tous réclament de bons résultats, avec statistiques, à l'appui. Je n'entrerai pas dans la discussion du mérite de ces différentes méthodes parce que je crois que le point le plus important est dans la qualité du lait et dans la stérilisation complète. La *pasteurisation* qui peut rendre de bons services dans plusieurs occasions, offre de graves dangers dans d'autres, parce que le lait seulement pasteurisé doit être refroidi très rapidement et conservé très froid jusqu'au moment de s'en servir, ce qui est souvent impossible dans les familles pauvres, encore faut-il qu'il soit utilisé dans les 24 heures.

Je pourrais citer des statistiques très nombreuses prouvant les bons résultats obtenus dans ces *Gouttes de Lait*, mais je crois que je vais intéresser davantage en vous donnant les statistiques de la *Goutte de Lait de Montréal*, pour l'année dernière.

Ces statistiques comprennent une période de 261 jours, durant laquelle 226 enfants ont été alimentés pendant plus ou moins de temps ; 5 seulement de ces enfants étaient à l'allaitement mixte, c'est-à-dire, que l'on complétait, par le lait de vache, l'alimentation de l'enfant que la mère ne pouvait suffisamment nourrir., les 221 autres étaient soumis à l'allaitement artificiel exclusif, le plus grand nombre étaient malades de diarrhée, ou de gastro-entérite ; ils étaient nourris avec du gruau de farine

d'orge digéré et ne prenaient du lait que lorsque leur santé s'était améliorée.

Sur ces 226 enfants venus à la Goutte de Lait,

56 ont abandonné, sans raisons connues,			moins de 10 jours après leur entrée.	
19	—	—	plus de 10 jours	—
9	—	non améliorés,	moins de 10 jours	—
13	—	—	plus de 10 jours	—
23 sont morts, dont 9 dans les cinq premiers jours.				
106 sont partis améliorés, ou complètement rétablis.				

Ne comptant pas les 56 enfants qui ont abandonné dans les 10 premiers jours sans donner de raison, les 9 qui ont abandonné dans les 10 premiers jours non améliorés, et les 9 morts dans les 5 premiers jours, il reste un total de 152 enfants dont 14 sont morts, ce qui fait une mortalité de 10.8 p. c., or le percentage de morts étant de 41.5 p. c., dans les statistiques citées, il est mort parmi les enfants de la *Goutte de Lait* 4 fois moins qu'en dehors, bien que la plupart de ces enfants fussent malades à leur entrée.

Ces résultats si encourageants ne devraient-ils pas engager les personnes riches et généreuses à s'intéresser à l'établissement d'institutions semblables. Il devrait y en avoir non seulement dans les grandes villes, comme Québec et Montréal, mais encore dans tous les centres populeux ; ils rendraient des services immenses aux individus et à la nationalité toute entière ; les pouvoirs publics devraient souscrire généreusement pour leur entretien : il n'est pas de besoin public qui mérite plus que celui-ci d'attirer leur attention, parce qu'il est l'un des plus importants parmi tous ceux qui concernent l'hygiène générale.

ASSURANCES SUR LA VIE DES ENFANTS.

Après une discussion sérieuse sur ce sujet, la motion suivante a été adoptée.

Proposé par Mr. le docteur W. Verge, secondé par Mr. le docteur A. G. H. Béique, que la section d'Hygiène de l'Association des Médecins de langue française exprime le voeu que la Législature de la Province de Québec interdise, dans cette partie du pays, l'assurance dite industrielle chez les enfants au dessous de dix ans.



VII

INTERETS PROFESSIONNELS

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL

Par le Docteur CLÉROUX

Les études universitaires doivent être considérées comme un des facteurs les plus puissants dans la marche d'un peuple vers le progrès. Leur influence et leur efficacité seront d'autant plus grandes que leur enseignement sera plus favorisé.

La question de l'enseignement de la médecine est donc pour nous d'une importance capitale, et il est heureux qu'on ait profité de l'occasion que nous offre ce congrès pour la mettre à l'étude.

Si les progrès accomplis par les sciences médicales depuis quelques années ont fait de la lumière dans les esprits, ils ont en même temps créé dans leur enseignement des difficultés que les plus grandes universités n'ont pu aplanir qu'avec beaucoup d'efforts. L'agrandissement du cercle de nos connaissances a élargi le cadre de l'enseignement, et toutes les nouvelles méthodes d'investigations scientifiques doivent nécessairement y prendre pla-

(1) Rapport de la Commission spéciale du Congrès de Québec composée des membres suivants :

Membres du Comité spécial : Prof. Brochu, Prof. Mignault, Prof. Simard, Prof. Demers, Prof. Simard, jr., Prof. Marois.

Agrégés : Valin, Dubé, Cléroux *rapporteur.*

ce. Enfin, si nous tenons compte du grand nombre de livres didactiques dont les prix sont aujourd'hui à la portée de tous les étudiants ; si nous considérons les progrès que la science pédagogique elle-même a fait depuis quelques années, et dont on doit se préoccuper dans l'enseignement universitaire, comme dans l'enseignement secondaire ou primaire, il devient évident que l'enseignement de la médecine est entré dans une phase nouvelle qu'il importe de définir

Dans les considérations qui vont suivre sur l'enseignement médical, nous étudierons (a) la direction générale de l'enseignement, (b) la formation des professeurs, (c) l'aménagement des laboratoires, (d) les modes d'enseignement, (e) le temps à donner aux études médicales.

(a) *Direction générale.*—La direction générale de l'enseignement appartient aux professeurs de chaque faculté ; ils doivent non seulement s'occuper de leur propre cours, mais étudier le fonctionnement de chaque cours en particulier, entendre les suggestions de tout le personnel enseignant, prendre connaissance des méthodes d'enseignement suivies dans les universités les plus en vue, et dont le fonctionnement se rapproche le plus de la leur.

Cette direction, une fois tracée, doit être mise en pratique par un homme capable de s'y dévouer, de bien saisir les relations multiples qu'ont entre elles les diverses branches de la médecine, et de déduire de ces rapports des conclusions pratiques pour l'enseignement.

(b) *Formation des professeurs.*—Les professeurs donnent à une université sa force et son prestige, et indiquent en général le niveau scientifique qu'a pu atteindre une nation. L'avenir, pour nous, est donc dans l'attention que l'université portera à la formation et au recrutement de ses professeurs.

Il faut aux jeunes médecins qui aspirent au professorat, en outre des dispositions naturelles pour l'enseignement et des études spéciales sur la matière qu'ils doivent enseigner, des connaissances générales sur la médecine beaucoup plus approfondies que celles exigées à l'examen d'admission à la pratique. On devrait donc fournir au jeune médecin l'occasion de poursuivre ses études par des cours supplémentaires de hautes études sur l'anatomie normale et pathologique, la physiologie et la chimie biologique. Une connaissance approfondie de ces matières est la base indispensable de toutes études médicales solides.

La formation du jeune professeur demande aussi un entraînement spécial qu'on peut facilement donner aux jeunes médecins qui ont prouvé leurs dispositions pour le travail, en les employant comme assistants dans les cours théoriques pour les cours de récitation, et dans les cours de travaux pratiques. Alors, lorsqu'il se fait une vacance parmi les agrégés, le choix est d'autant plus facile qu'on a eu l'occasion d'apprécier l'activité et les dispositions de ceux qui aspirent au remplacement.

En utilisant le plus grand nombre d'assistants possible, en outre qu'on accroit les facilités d'enseignement, on favorise le développement d'un plus grand nombre de médecins.

Il importe aussi que les assistants ne passent pas à l'agrégation, pour se fixer à un cours, avant qu'ils aient fait du service dans plusieurs cours différents, suivant un cycle déterminé, de nature à développer les aptitudes spéciales. Utilisés de cette manière, les assistants ne coûtent guère à la Faculté ; ils trouvent leur bénéfice dans l'occasion qu'ils reçoivent de s'instruire, dans le prestige que cette position donne au jeune médecin, et dans la perspective qu'ils peuvent entretenir d'arriver au professorat.

Enfin les places d'agrégés devraient être créées pour tous les cours, afin de pourvoir, dans les meilleures conditions possibles,

au remplacement des professeurs. La fonction des agrégés serait d'aider à l'enseignement, de participer aux examens, et de remplacer les professeurs en cas de besoins.

(c) *Laboratoires.*—Les laboratoires doivent être amenagés pour que chaque élève ait sa table de travail munie de l'instrumentation nécessaire. Dans le groupement de plusieurs élèves autour d'une table, le petit nombre seul bénéficie de l'enseignement. On *peut encore*, lorsque les *classes* sont trop *nombreuses*, les diviser par groupes d'élèves qui, à tour de rôle, prennent place dans les laboratoires.

Il ne faut pas craindre d'augmenter le prix des travaux pratiques, afin de les rendre plus efficaces.

(d)*Modes d'enseignement.* — La médecine, comme science expérimentale, doit s'étudier surtout par des démonstrations expérimentales, de même que la médecine comme art ne peut s'acquérir que par le contact du malade. De là la place prépondérante que les travaux pratiques et la clinique doivent tenir dans les études médicales.

I. Travaux pratiques.

1° Démonstrations expérimentales.

2° Etudes cliniques.

Faire travailler un élève devant ses condisciples dans une expérience de chimie ou sur une maladie constitue une leçon de travaux pratiques pour cet élève, et une leçon de démonstration expérimentale pour toute la classe.

La leçon de démonstration, bien que supérieure à la leçon purement théorique, n'a pas cependant la valeur des travaux pratiques. Dans ces travaux, l'intelligence de l'élève, en pleine activité, cherche à l'avance toutes les phases qui doivent se succéder avant d'arriver à un résultat final. Dans les démonstrations expérimentales, la succession de ces mêmes actes se fixe

moins bien dans l'esprit de l'élève, quelquefois distrait, et passe bien souvent inobservée et incomprise.

Les démonstrations expérimentales doivent accompagner l'enseignement théorique qu'elles facilitent ; elles préviennent ainsi la formation, dans l'esprit de l'élève, d'images ou de conceptions inexactes qui trop souvent cèdent difficilement leur place aux formes réelles.

Dans les cours de travaux pratiques, chaque assistant ne peut bien guider qu'un nombre restreint d'élèves, vu que tous doivent participer au travail de chaque leçon.

Dans les cours cliniques, les élèves sont réunis par groupes dirigés chacun par un professeur ou un assistant ; ils doivent eux-mêmes étudier les malades, les observer chaque jour pour y mieux suivre l'évolution des maladies, et se rendre compte de l'action des médicaments ; ils doivent prendre note de leurs observations, et participer au traitement dans la mesure de leur capacité. Ces cours forment le *stage hospitalier*.

Enfin, dans les leçons de clinique faites une ou deux fois la semaine, à l'amphithéâtre, sur des maladies que les étudiants ont eu l'occasion d'observer dans les salles d'hôpital, les considérations du professeur sont illustrées dans l'esprit des élèves par le souvenir de l'examen du malade. Ainsi cette leçon, dont tous les élèves profitent également, offre les avantages de la leçon pratique, bien qu'elle ait la rapidité de la leçon théorique.

II. Enseignement théorique.

Pour faire profiter, le plus possible, les élèves des cours théoriques, le Comité suggère qu'il se fasse, sur chaque matière, des *récitations* ou des examens aussi fréquents que possible. (1)

(1) "Tout en accordant aux cours théoriques une importance secondaire nous les croyons très utiles aux étudiants.

"Les lectures dans lesquelles les professeurs exposent en entier la matière qu'ils enseignent n'ont plus leur raison d'être, aujourd'hui que les élèves peu-

(e) *Durée des études médicales.*—Tout en utilisant de la manière la plus rationnelle les quatre années du cours universitaire, elles ne suffisent plus à donner un enseignement en rapport avec les progrès accomplis dans les sciences médicales. Les trois premières années sont entièrement employées aux études préparatoires à l'enseignement clinique ; le temps qui reste pour la formation de l'élève à la pratique si difficile de l'art médical, est évidemment trop court. Il faut à l'étudiant au moins deux années de travail dans les salles et dans les laboratoires d'hôpital, dans les dispensaires des spécialités, pour acquérir les connaissances cliniques et le tact médical qui lui permettront, au sortir de l'université, de remplir avec la compétence nécessaire le rôle du médecin praticien.[1]

vent se procurer, à un prix minime, des livres didactiques dont l'enseignement équivaut à celui du professeur. Les élèves profitent mieux de l'étude qu'ils font eux-mêmes de leurs traités que de la lecture faite par le professeur.

"Ces cours longs et nombreux forment un enseignement lent et fatiguant pour les élèves et très onéreux pour le professeur. Donner une heure de cours chaque jour, et bien préparer la leçon du lendemain, deviennent pour le professeur une tâche ardue et souvent incompatible avec les soins que requiert une clientèle nombreuse.

"Le rôle du professeur dans cet enseignement doit se borner à donner aux étudiants, sur chaque sujet d'étude, des considérations générales qui en facilitent la compréhension, à distinguer les parties principales des parties accessoires, et à porter les élèves au travail personnel par les leçons de récitation.

"Dans les *leçons de récitation*, les élèves, appelés à répondre aux questions qui leur sont posées sur un sujet designé à la façon précédente, s'y prépareront par un travail sérieux. De plus, les questions tiennent en éveil l'attention de la classe, et, à cause des efforts de raisonnement et de mémoire qu'elles provoquent, elles fixent profondément dans l'esprit des élèves l'enseignement de la leçon.

"L'intérêt que la récitation excite chez les élèves, constitue un enseignement rapide dans une conférence explicative d'une heure et deux heures de récitation par semaine, le professeur seul, ou aidé de ses assistants, avancera plus dans l'enseignement de sa matière, qu'il ne le ferait dans cinq heures de lectures.

"Lorsque plusieurs professeurs se succèdent à la tribune devant la même classe, si la première conférence a excité l'attention des élèves, quelle que soit la valeur de la seconde, son efficacité sera moindre et ainsi de suite en diminuant pour les autres conférences. Pour que l'attention des élèves se soutienne pendant les cours, les leçons de chaque jour doivent être variées quant au sujet d'études et surtout quant au mode d'enseignement,

"Deux heures de conférences entremêlées de travaux pratiques, de cliniques et de leçons de récitation, suffisent à l'enseignement de chaque jour."

SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELLES

La délibération au sujet des médecins employés par les sociétés de secours mutuelles s'est terminée par l'adoption de la motion suivante :

Le Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, sur la proposition de M. le docteur W. Verge, secondée par Messieurs les docteurs E. P. Lachapelle de Montréal et J. N. Camirand de Sherbrooke, exprime le vœu que les médecins refusent, à l'avenir, de traiter les membres des sociétés de secours mutuelles pour un prix annuel quelconque, comme cela s'est pratiqué jusqu'à présent, considérant qu'il est contraire à l'honneur professionnel d'en agir ainsi.



TABLE DES MATIERES

MEMOIRES



TABLE DES AUTEURS